E 1742

KAT

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

Institut. de Documentare Tehnică
BUCUREȘTI
ОБМЕН - C[illegible]
VYMĚNA - WYMIANA
TAUSCH - CMEHA

1

IANUARIE — MARTIE 1957

EDITURA MEDICALA – STRADA ARISTIDE BRIAND, 7
BUCUREȘTI

COLEGIUL DE REDACȚIE

Președinte:	Dr. AL. BULA, Locțiitor al Ministrului Sănătății și Prevederilor Sociale.
Redactor responsabil:	Prof. TH. ILEA, șeful catedrei de Organizare sanitară și Istoria Medicinei din I.M.F. București.
Redactor resp. adjunct:	Dr. A. CIUCA, director general în Ministerul Sănătății și Prevederilor Sociale.
Secretar de redacție:	Dr. AL. PESCARU.

Membri:

Dr. M. ANCUȘA (Timișoara), dr. G. BARBU, prof. V. BOLOGA (Cluj), dr. V. DUMITRESCU, dr. L. Fotescu, prof. A. GARTNER, conf. I. GHELERTER, prof. L. GROM, conf. G. GROSZ, [redacted] conf. M. KOLUMBAN (Tg. Mureș), dr. Z. KORACSONY (Cluj), dr. A. KOVACS (Tg. Mureș), dr. MIHALACHE (Ploiești), dr. P. MUREȘAN, dr. C. PIRLOG, conf. I. PRODAN (Cluj), dr. V. PRODESCU, conf. P. PRUTEANU (Iași), dr. C. TEODORESCU, dr. B. TIRNOVEANU și conf. GH. ZAHARIADE.

EDITURA MEDICALĂ
Str. Aristide Briand 7
Telefoane: 3.61.06 — 3.15.89 — 6.48.89
București

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII ȘI PREVEDERILOR SOCIALE DIN R.P.R.

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul VII ianuarie 1 martie 1957

SUMAR

Pag.

PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Dr. A. BULLA — Aspecte și probleme ale cercetării științifice în domeniul organizării ocrotirii sănătății în R.P.R. 3

Prof. T. ILEA, dr. E. BAD, dr. M. OLTEANU — Considerații în legătură cu circumscripția sanitară rurală cu doi medici 8

Dr. P. ANDREESCU — Organizarea asistenței cardio-vasculare . . . 21

Dr. AL. TRESTIOREANU — Oncologia și relațiile ei cu celelalte specialități 34

Dr. L. FOTESCU — Cîteva considerații privind aplicarea graficului ciclic 39

Dr. D. PLOPEANU — Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă 45

ADRIANA DUMITRESCU — Aspecte caracteristice ale problemei mortalității generale și creșterea populației mondiale 49

PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ȘI OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Prof. V. L. BOLOGA — Congresul al XV-lea internațional de istoria medicinei 53

Dr. G. BARBU — Contribuția românească la lucrările celui de-al XV-lea Congres internațional de istoria medicinei 56

Dr. V. Manoliu — 200 de ani de la înființarea Spitalului „Sf. Spiridon" din Iași 59

Dr. AL. GH. RAICOVICIANU, dr. O. APOSTOL — Profesorul Gheorghe Z. Petrescu, iatro-istoriograf român (1874—1954) 63

NOTE, RECENZII, REFERATE, BIBLIOGRAFIE

Országos Mészeti Könyvtár TULAJDONA

PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Aspecte şi probleme ale cercetării ştiinţifice în domeniul organizării ocrotirii sănătăţii din R.P.R.

Dr. Alexandru Bulla
Locţiitor al Ministrului Sănătăţii
Directorul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei

În ultimii zece ani, noul sistem de ocrotire a sănătăţii bazat pe principii socialiste s-a dezvoltat cu paşi rapizi, integrîndu-se în marele proces de reînoire a vieţii economico-sociale din ţara noastră.

În multe, putem spune chiar că în cele mai multe sectoare ale ocrotirii sănătăţii, s-a trecut deja de la faza de dezvoltare preponderent extensivă, caracterizată prin nestabilitatea formelor organizatorice, la o fază superioară de consolidare, în care cadrul organizatoric al acţiunilor se cere a fi temeinic cumpănit, spre a se putea asigura un caracter de durabilitate pentru toate măsurile de ocrotire a sănătăţii.

Trecerea la această treaptă superioară este desigur condiţionată, în primul rînd, de factorul general de dezvoltare economico-socială. Găsirea celor mai potrivite forme de organizare ale etapei noi este legată, în schimb, de prelucrarea ştiinţifică a experienţei din teren şi în mod deosebit de gradul de evidenţiere a eficienţei şi rentabilităţii măsurilor de ocrotire a sănătăţii.

În perioadele de trecere, cînd unele forme şi măsuri aplicate suferă asaltul îndoielilor şi pot constitui obiectul unor vii dispute, există pericolul de a opune în mod unilateral două căi de rezolvare a problemelor: calea empirico-practică şi cea teoretică, lipsite fiecare din ele, de orice drept de exclusivitate sau prioritate.

Or, ştiinţa organizării sanitare, ca de altfel orice ştiinţă, trebuie să-şi tragă forţele din legătura strînsă cu practica şi se poate îmbogăţi numai în măsura în care ajunge la sinteze sistematizate într-o teorie proprie. Cu alte cuvinte, dezvoltarea organizării ocrotirii sănătăţii ridică probleme complexe, legate, atît de experienţa practică şi de prelucrarea ei, cît şi de elaborarea unor generalizări cu grijă închegate şi judicios coroborate cu condiţiile etapei şi a specificului ţării respective.

În acest sens este absolut indispensabilă şi perspectiva istorică a problemelor, care nu poate rezulta decît din dezvoltarea cercetărilor de istorie a ocrotirii sănătăţii şi a medicinei. Fără această perspectivă, teoria şi practica organizării ocrotirii sănătăţii nu se va putea bizui pe cunoaşterea legilor generale de dezvoltare şi a firului de continuitate istorică.

În perioada scursă între anii 1948 și 1956, considerăm demn de a releva faptul că în țara noastră au apărut în ritm crescînd o serie de preocupări de cercetare științifică în domeniul organizării ocrotirii sănătății, luînd ființă, în anul 1953, și o instituție specială de cercetare științifică: „Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei". În cadrul preocupărilor de cercetare din această perioadă, au fost atacate probleme din cele mai importante pentru organizarea ocrotirii sănătății.

Problema organizării asistenței medicale preferențiale a muncitorilor a fost ridicată, de pildă, încă din anul 1953, de către Ialomițeanu și Bilyk în articolul lor: „Organizarea asistenței medicale în întreprinderile industriale".

În ceea ce privește dispensarizarea, după articolul prof. Ilea, conf. Grosz și colaboratorii, din 1953, și alte lucrări ulterioare, a apărut în 1955 volumul intitulat „Dispensarizarea" al conf. P. Pruteanu.

Aspectele particulare ale asistenței preferențiale a muncitorilor, cum sînt organizarea asistenței în regiunile forestiere sau problema eliberării certificatului medical, au fost cercetate de prof. Ilea, Perieteanu și colaboratorii, respectiv de A. Tudor și Al. Pescaru.

Cele două probleme mai importante care se ridică azi în legătură cu asistența medicală din mediul urban: organizarea spitalului unificat, graficul de muncă ciclic și spitalul clinic constituie obiectul unui volum scris de conf. P. Pruteanu: „Spitalul unificat" — respectiv a unor serii de studii concretizate în articolele prof. Grom și conf. G. Grosz, prof. T. Ilea, B. Tîrnăveanu și A. Kelemen.

În privința organizării asistenței medicale din mediul rural, au fost atacate, atît probleme de principii, ca de exemplu în articolul profesorilor T. Ilea și L. Grom: „Principiile de bază ale organizării ocrotirii sănătății populației din mediul rural", cît și diferite aspecte particulare: organizarea asistenței medicale a muncitorilor din gospodăriile agricole de stat (prof. Grom); spitalul raional, centru organizatorico-metodologic (Stoenescu și colaboratorii); lucrarea de disertație a lui Al. Tudor, intitulată: „Spitalul raional", și altele privind circumscripția sanitară rurală (Olteanu, E. Bad).

Preocupările legate de aspectele organizatorice ale sectorului sanitaro-antiepidemic se situează, pînă în prezent, doar la nivelul elaborării unor sisteme de evidență (prof. Grom, I. Caloenescu) sau la comunicări din experiența organizatorică a unor sanepiduri (S. Rapoțescu și M. Ancușa).

Publicațiile privind studiile efectuate asupra stării de sănătate sînt reprezentate prin volumul: „Statistica medico-sanitară" a lui P. Mureșan, prin cercetările asupra morbidității cu incapacitate temporară de muncă (M. Ancușa, I. Lăpușan), precum și prin unele cercetări limitate asupra mediului rural (I. Prodan).

Un loc însemnat îl ocupă în rîndul publicațiilor cercetările de istorie a medicinei, reprezentate prin volumele: „Contribuții la studiul legăturilor medicale romîno-ruse" și „Contribuții la istoria medicinei în R.P.R." ale prof. V. Bologa; volumul: „Carol Davilla și timpul său" a lui G. Barbu (sub tipar); broșura: „Ocrotirea sănătății oamenilor muncii în R.P.R." a lui Al. Pescaru; precum și volumul în curs de editare: „Din istoria ocrotirii sănătății muncitorilor din țara noastră" a lui Gh. Brătescu.

Trebuie relevate aici o serie de cercetări, privind figurile reprezentative ale medicinei romînești din trecut (Ștefan Stîncă, Popescu-Azuga, Aroneanu, Njulaș Ferencz), precum și cele privind trecutul istoric al organizării sanitare rurale, efectuate de conf. Ghelerter, S. Izsak, I. Spielman, V. Manoliu și alții.

În ceea ce privește problematica organizatorică a sectorului de învățămînt universitar și de perfecționare și specializare, ea a fost atacată în articolele prof. A. Gartner și conf. A. Kelemen.

De asemenea trebuie subliniată aici importanța apariției primului manual de organizare sanitară, apărut sub redacția prof. Ilea, prof. Grom și conf. Pruteanu, care umple un gol în procesul de învățămînt al studenților noastre.

Lăsînd la o parte volumele citate în rîndurile de mai sus și luînd în considerare subiectele diferitelor articole apărute, care reprezintă de fapt munca de zi de zi a cercetătorilor din domeniul organizării ocrotirii sănătății, ne putem face o imagine asupra orientării generale a preocupărilor.

Studierea acestui aspect ne arată că cercetările originale și preocupările de metodologie au ajuns să constitue în ultimii doi ani cca 17% din totalul articolelor apărute. La aceeași proporție au ajuns, fiecare în parte, lucrările de statistică sanitară și istorie a medicinei.

Cel mai mare procentaj din articolele apărute este reprezentat de referatele generale și de sinteză (cca 28%), în schimb, cel mai mic procentaj îl constituie preocupările de teorie a organizării sanitare (cca 3%). Restul articolelor sînt comunicări din experiența practică și traduceri, note, referate — constituind fiecare aproximativ cîte 7—9% din totalul articolelor apărute.

Dintr-o asemenea înfățișare procentuală a preocupărilor, natural că nu se poate ridica decît pretenția unei sezisări în linii mari a orientării actuale a cercetărilor, care relevă, în orice caz, insuficiența studiilor originale de organizare sanitară, a studiilor legate de starea de sănătate, precum și a celor care privesc teoria organizării sanitare.

În legătură cu cercetarea științifică din domeniul organizării ocrotirii sănătății, este necesară, desigur, o apreciere mai largă, privind, atît importanța, cît și problematica ei.

Determinarea unui program de ocrotire a sănătății nu se mai poate baza azi numai pe împlinirea necesităților de îngrijire individuală a bolnavilor. Acest program trebuie să se bazeze pe analiza problemelor sanitare vitale, susceptibile de a fi rezolvate prin acțiuni generale. În acest sens studiul stării de sănătate trebuie mult aprofundat, pentru a putea ajunge la determinarea măsurilor sau formelor organizatorice adecvate, care să asigure scăderea mai accentuată a afecțiunilor care au ponderea cea mai mare în structura morbidității sau în tabloul cauzelor de mortalitate. Nici studiul stării de sănătate, nici cel al eficienței măsurilor organizatorice aplicate pînă în prezent, n-a ocupat un loc destul de important în cercetările de organizare sanitară. De fapt, nu dispunem încă de o statistică care să reflecte în mod suficient calitatea activității cadrelor și instituțiilor medicale. Pentru aceste motive posibilitățile de generalizare ale experienței pozitive, bazate pe prelucrarea științifică a experienței colectivelor medicale fruntașe, nu s-a putut concretiza într-o acțiune sistematică și permanentă.

Sistemul nostru nou de ocrotire a sănătății se caracterizează prin unitatea curativo-profilactică a asistenței. Cu toate acestea, cercetările privind metodele de introducere concretă în practică a profilaxiei sînt foarte slab reprezentate, iar studiile legate de relațiile celor două rețele, curativo-profilactică și sanitaro-antiepidemică, lipsesc cu desăvîrșire.

Același lucru se poate spune despre asigurarea, prin studii și experimentare, a unor baze științifice corespunzătoare etapei noastre de dezvoltare, pentru acțiunile de planificare sanitară. Ne gîndim aici la asigurarea unui studiu permanent al normelor și normativelor de cadre și paturi, care să înlocuiască pe cele împrumutate și insuficient adaptate, la normele de planificare a medicamentelor și a aparaturii medicale, precum și la dezvoltarea normelor de construcție a unităților medico-sanitare.

Trebuie subliniat de asemenea faptul că studiul organizării ocrotirii sănătății din țările de democrație populară și din alte țări nu a figurat pînă în prezent printre preocupările de cercetare, împiedicînd astfel prelucrarea documentată a elementelor pozitive și potrivite pentru îmbogățirea și îmbunătățirea sistemului nostru de ocrotire a sănătății.

În ceea ce privește lucrările de istoriografie medicală, considerăm necesară intensificarea cercetărilor de istorie a organizării sanitare, de punere în evidență cu mai multă vigoare a firului de continuitate a tradițiilor materialiste din medicina noastră. În același timp este necesară dezvoltarea preocupărilor istorice locale, pentru descoperirea unor date privind starea de sănătate din trecutul nostru, a metodelor de organizare și funcționare a unităților vechi din diferitele centre ale țării, cît și pentru cercetarea multilaterală a medicinei noastre populare.

Prin cele amintite, desigur că problematica ce se ridică în fața noastră nu este epuizată, o serie de probleme și teme concurînd în importanță și actualitate cu cele expuse pînă aici. Iată, de exemplu, problema rentabilității diferitelor forme și acțiuni sanitare care ar trebui studiate, la fel cu cea a utilizării raționale a fondului existent de paturi de spital. De asemenea, spitalizarea la domiciliu, raționalizarea activității de raportare și evidență, elaborarea legislației sanitare ș. a. pot și trebuie să constituie obiectul unor susținute cercetări de organizare sanitară.

Chiar după această prezentare schematică a multiplelor aspecte și probleme de organizare sanitară, care toate se impun a fi studiate, considerăm că nimeni nu poate ignora importanța și necesitatea cercetărilor din acest domeniu.

Părerea că atingerea unui nivel îndestulător al bazei materiale ar putea înlătura necesitatea cercetărilor și preocupărilor de organizare sanitară trebuie combătută. Cercetările și preocupările de organizare sanitară sînt chemate să dea în mod permanent, și în orice condiții, un răsjuns la întrebări complexe: cum evoluează starea de sănătate? care sînt elementele noi apărute în dinamica sa? care este eficiența măsurilor întreprinse? care sînt mijloacele de îmbunătățire continuă a ocrotirii sănătății? care este nivelul imediat și de perspectivă al investițiilor necesare? etc.

★

Datele expuse mai sus fac să se degajeze anumite concluzii, în primul rînd asupra izvoarelor de cercetare științifică în domeniul organizării ocrotirii sănătății, în sensul că ele trebuie să fie reprezentate prin:

— studiul aprofundat al stării de sănătate ;

— studiul experienţei practice actuale şi al eficienţei măsurilor sanitare ;

— studiul problemelor noi de organizare, impuse de procesul de dezvoltare economico-social al etapei ;

— studiul istoriei medicinei şi al organizării sanitare ;

— studiul experienţei de organizare sanitară din alte ţări.

In măsura în care totalitatea acestor studii au reuşit să contureze un plan de perspectivă al dezvoltării ocrotirii sănătăţii, acest plan — integrat în cadrul general al dezvoltării economico-sociale — devine un element orientativ principal al cercetărilor de organizare sanitară.

Datele expuse impun, în al doilea rînd, necesitatea adoptării anumitor metode şi forme ale cercetării ştiinţifice în organizarea sanitară.

Caracterul extrem de complex şi multilateral al acestor cercetări cere antrenarea unor serii întregi de cercetători din cadrul diferitelor institute de specialitate şi a organizatorilor din teren, care trebuie să adopte aceeaşi metodologie, şi să se concentreze în principal asupra aceloraşi probleme. In conjugarea acţiunilor de cercetare şi în stabilirea metodologiei celei mai juste, Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi de istorie a medicinei, ca for metodologic, desigur că-i revin sarcinile cele mai importante.

Tot Centrului de organizare şi ocrotire a sănătăţii şi istoria medicinei îi revine sarcina de a organiza şi a conduce, din punct de vedere metodologic, bazele experimentale necesare, atît cercetărilor proprii, cît şi ale altor institute.

De o deosebită importanţă pentru dezvoltarea cercetărilor este şi organizarea unor sondaje, anchete şi brigăzi ştiinţifice pentru studiul anumitor probleme sau al experienţei practice din teren. Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei trebuie să-şi asume răspunderea metodologiei ştiinţifice de care se face uz în aceste acţiuni.

Stimularea lucrărilor de sinteză şi inaugurarea unor discuţii generale, cu participarea celor mai de seamă specialişti, asupra principalelor probleme de actualitate pentru organizarea ocrotirii sănătăţii reprezintă, de asemenea, metode şi forme valoroase pentru dezvoltarea şi orientarea cercetărilor.

In final, trebuie să subliniem importanţa grijii permanente faţă de creşterea calificării cadrelor preocupate cu problemele de organizare sanitară. Aceste cadre trebuie ajutate să tragă concluzii ştiinţifice din activitatea lor zilnică, prin însuşirea metodei de analiză şi generalizare. Utilizarea experienţei cadrelor din teren pentru teme de cercetare va fi cel mai puternic imbold, atît pentru dezvoltarea lor, cît şi a cercetărilor de organizare sanitară.

Articol intrat în redacţie în noiembrie 1956.

Considerații în legătură cu circumscripția sanitară rurală cu doi medici

Prof. T. Ilea, dr. E. Bad și dr. M. Olteanu

Lucrare efectuată în cadrul Institutului de organizarea ocrotirii sănătății și istoria medicinei și a Catedrei de organizare a ocrotirii sănătății a I.M.F., București

Pînă în ultimul timp, concepția care stătea la baza organizării asistenței medico-sanitare în mediul rural admitea ca unică formă organizatorică circumscripția sanitară rurală cu un singur medic. Astfel, la delimitarea circumscripției deservite de el se utilizau ca „unități" de măsură, aproape cu exclusivitate, două elemente: numărul populației și raza teritoriului respectiv. În felul acesta se ignorau o serie de alți factori care aveau un rol esențial în asigurarea unei asistențe medicale mai accesibile pentru populația sătească, cum sînt: direcția de gravitație naturală a populației, dispersarea populației, caracterul geofizic al teritoriului și morbiditatea populației. Așa, de exemplu, pentru a nu se depăși un număr de 9 000—10 000 de locuitori pe o circumscripție deservită de un medic în condițiile unei mari densități a populației la arondare, unele localități învecinate erau atribuite altei circumscripții, chiar dacă populația lor gravita în mod natural spre sediul primei circumscripții. Mai mult chiar, din aceleași motive, unele localități mari (Nădlac, Șiria — raionul Arad etc.) trebuiau să fie împărțite în două circumscripții separate, fiecare avînd cadre și instituții independente, deși problemele lor erau comune.

În spiritul aceleiași concepții s-au organizat puncte de sănătate medicale în unele G.A.S. sau centre forestiere, cu sediul în localitatea de reședință a circumscripției sanitare rurale respective, fără ca să existe, de cele mai multe ori, nici un fel de legătură între cele două unități medico-sanitare.

Se înțelege că, în astfel de situații, organizarea circumscripțiilor respective nu era nici economică și nici nu asigura posibilități de îmbunătățire a calității asistenței medico-sanitare. Pe de altă parte, accesibilitatea asistenței medicale a populației era uneori prejudiciată, populația fiind obligată să se deplaseze la un medic mai îndepărtat, în loc să beneficieze de ajutorul celui mai apropiat.

Analizarea lipsurilor rezultate din organizarea sanitară rurală de la noi și studierea datelor din alte țări au dus în ultimul timp la modificarea concepției în acest domeniu și a criteriilor de arondare a circumscripțiilor rurale.

Azi, considerăm că, pentru arondarea justă a unei circumscripții rurale, e necesar să se determine numărul total al populației care gravitează în mod natural spre anumite centre din mediul rural (ținînd cont de mijloacele de transport, de condițiile geofizice, care permit o bună accesibilitate a asistenței medicale, precum și de problemele locale de morbiditate) și în funcție de toate aceste elemente să se fixeze numărul de medici, de cadre medii și chiar tipul și numărul instituțiilor medicale de care are nevoie circumscripția. Deci, nu se pune problema de a stabili a priori un anumit număr de locuitori și un teritoriu pentru o circumscripție cu un medic, ci invers, se vor determina întîi limitele teritoriului cu un anumit centru de gravitație și apoi, în funcție de nevoi, se vor stabili cadrele și instituțiile necesare teritoriului respectiv.

Această concepție a deschis perspectiva apariției unor noi forme organizatorice ale asistenței medico-sanitare din mediul rural. Astfel, în afara circumscripției cu un singur medic — care a rămas forma organizatorică cea mai răspîndită la sate — și a circumscripțiilor rurale cu spital, s-a creat posibilitatea constituirii, în anumite condiții, a unor circumscripții rurale mai mari, cu ambulator, avînd doi sau mai mulți medici. De altfel, în treacăt, putem aminti că în baza aceleiași concepții nu numai formele asistenței ambulatorii, ci și cele ale asistenței de staționar din mediul rural, au trecut și vor mai trece încă prin anumite transformări.

Insușirea acestei concepții noi de către majoritatea organelor de conducere ale ocrotirii sănătății a făcut ca, o dată cu ocazia rearondării circumscripțiilor rurale din 1956, să se aplice, pe scară cît mai largă, una dintre noile forme organizatorice, și anume: *„circumscripția sanitară rurală cu doi medici"*, care constituie obiectul principal al articolului de față.

Ținem să subliniem că, în cadrul recentei rearondări a circumscripțiilor rurale, circumscripția cu doi medici s-a impus ca o formă organizatorică practică, izvorîtă din necesitățile terenului, ca o formulă tehnică necesară și capabilă să rezolve o serie de greutăți organizatorice din teren.

In realitate, în unele circumscripții rurale din țara noastră găsim de mai mulți ani cîte doi medici.

Se știe că Ministerul Sănătății a înființat, începînd cu anul 1950, numeroase dispensare rurale de pediatrie cu staționar, conduse de un medic pediatru și avînd cadre medii proprii. Avînd inițial menirea de a deservi un teritoriu mai vast, cu timpul ele și-au restrîns zona de activitate la limitele circumscripției pe teritoriul căreia se află, neintegrîndu-se însă organic în munca respectivelor circumscripții teritoriale. Dispensarele de pediatrie cu staționar s-au considerat — și Ministerul Sănătății a tolerat acest lucru — instituții independente în cadrul circumscripțiilor teritoriale, fără a colabora sistematic cu dispensarele de circumscripție, cu toate consecințele negative ale acestei stări de lucruri.

In felul acesta unele dispensare de pediatrie n-au preluat problema copilului în totalitatea ei pe circumscripție, așa cum era just s-o facă. Astfel, în unele cazuri, vaccinările copiilor sînt efectuate de medicul circumscripției, și nu de pediatru; în altele, controlul profilactic și urmărirea copiilor preșcolari și școlari sînt făcute de ambii medici sau de nici unul etc. De asemenea, activitatea dispensarului de copii se raportează încă și azi separat de activitatea circumscripției, deși constituie o problemă care face parte integrantă din unitatea teritorială a acesteia.

In asemenea condiții nu putem considera că deservirea cu asistență medicală a populației de pe teritoriul respectiv se realizează printr-o circumscripție cu doi medici, ci, mai degrabă, prin două circumscripții, pe probleme separate pe un același teritoriu, situație care contravine însăși principiilor enunțate mai sus. Aceste situații constituie însă cele mai favorabile cazuri pentru aplicarea în practică a noii concepții organizatorice, în speță pentru constituirea unor circumscripții sanitare rurale cu doi medici. Și în cazul existenței, în aceeași localitate, a două dispensare de circumscripție sau a unui dispensar de circumscripție și a unui punct de sănătate forestier, sau de G.A.S., circumscripția cu doi medici repre-

zintă unica soluţie pentru rezolvarea judicioasă a organizării sanitare pe teritoriul respectiv, ceea ce duce la răspîndirea acestei noi forme organizatorice.

★

Din cele arătate reiese că, în realitate, circumscripţia sanitară rurală cu doi medici există pe teren de mai mulţi ani. Datorită însă unei organizări şi funcţionalităţi defectuoase, ea va trebui în prezent reconsiderată de aşa manieră, încît să capete conţinutul şi forma adecvată noii concepţii care stă la baza organizării asistenţei medico-sanitare în mediul rural.

Azi, circumscripţia sanitară rurală cu doi medici trebuie să devină o entitate organizatorico-funcţională nouă, fiind una dintre formele organizatorice ale unităţilor de bază a asistenţei medicale la sate.

În organizarea şi funcţionarea acestei noi formaţii teritoriale, credem că e necesar să ne orientăm după următoarele principii :

— conducere unică ;

— diviziunea muncii ;

— îmbinarea mai multor profiluri înrudite de muncă medicală axate pe un fond de medicină generală.

1. *Conducerea unică.* Pentru toate problemele unei circumscripţii cu doi medici trebuie să răspundă faţă de organele superioare o singură persoană. Aceasta trebuie să deţină conducerea unităţii. Medicul respectiv va avea funcţia de medic-şef de circumscripţie cu grad de medic-primar. El trebuie să aibă o oarecare vechime în muncă, pentru ca să obţină competinţa şi autoritatea unui conducător. Aceasta va reprezenta una dintre primele trepte de avansare a medicului de circumscripţie sanitară rurală. Credem că, pe această treaptă, el ar trebui să dispună de suficiente cunoştinţe de organizare sanitară.

Conducerea unică se va baza însă pe munca în colectiv, fiecare membru al colectivului circumscripţiei avînd dreptul şi datoria să participe la întocmirea şi execuţia planului, deoarece responsabilitatea individuală şi controlul executării sarcinilor se fac în funcţie de atribuţiile ce revin fiecăruia pe scară ierarhică. Este bine ca cel de-al doilea medic să deţină funcţia de consultant, iar pentru avansarea lui la gradul de medic-şef de circumscripţie considerăm ca un criteriu suficient vechimea în serviciu şi memoriul de activitate prestată, deci nu neapărat un concurs pentru funcţia de medic-primar.

2. *Diviziunea muncii.* Munca de asistenţă medicală a populaţiei dintr-o circumscripţie cu doi medici trebuie să fie dusă în proporţii aproximativ egale de ambii. Se înţelege că medicului-şef de circumscripţie (care are o salarizare superioară) îi vor reveni în plus munca de conducere şi cea administrativă. Principiul diviziunii muncii medicale poate fi pus în practică în două modalităţi. După cum vom vedea, modalitatea diviziunii muncii medicale într-o circumscripţie sanitară rurală este o problemă capitală, care, pe lîngă o justă orientare principială, cere şi o perfectă cunoaştere a condiţiilor organizatorice geofizice din teren şi a stării de sănătate a populaţiei.

Principial, munca se poate împărţi pe bază de teritoriu (suprafaţa electivă, numărul locuitorilor, condiţiile geografice deosebite etc.), sau pe bază de profil şi conţinut de muncă. Practic, pe teren vom fi obligaţi să

folosim una dintre modalităţile de mai sus, după condiţiile locale. Aceasta nu înseamnă însă că cele două moduri de diviziune a muncii medicale din circumscripţia sanitară rurală cu doi medici sînt la fel de valoroase. În general, principiul diviziunii muncii pe bază de profil medical este criteriul cel mai valoros, el asigurînd dezvoltarea unei asistenţe medicale profilate — eventual specializate — şi, ca atare, de mai bună calitate. O mare parte din circumscripţiile sanitare rurale cu doi medici, lucrînd pe profil de probleme, vor forma nucleele ambulatoriilor de specialitate din mediul rural.

Cînd împrejurările din teren impun însă diviziunea muncii pe principiul teritorial, fiecare din cei doi medici răspunde de cîte o parte din teritoriul circumscripţiei lor, muncind în acelaşi ritm, după aceleaşi metode, avînd un plan comun şi o conducere unică.

Acesta este cazul în special al circumscripţiilor rurale cu doi medici cu sediul în oraşe, unde, datorită necesităţii de a asigura o permanenţă la consultaţiile de la dispensar şi a prezenţei specialiştilor (de la policlinică) în imediata apropiere, cei doi medici nu este necesar să se profileze, iar munca de teren o vor duce alternativ fiecare, avînd cîte o jumătate din teritoriul circumscripţiei. Dorim să subliniem cu această ocazie că, în general, din motivele de mai sus, circumscripţiile rurale cu sediul în oraşe ar trebui să fie organizate în aşa fel încît să aibă doi medici atunci cînd pot întruni un număr mare de locuitori.

3. *Îmbinarea mai multor profiluri înrudite.* Numeroase exemple din U.R.S.S. au demonstrat că medicul de circumscripţie rurală poate exercita, pe lîngă o asistenţă medicală generală, şi o asistenţă diferenţiată pe unul sau mai multe profiluri mai înguste. Aceasta înseamnă că medicul din mediul rural poate deveni şi medic specialist, cu rol de pion avansat în cîmpul marii mase de oameni ai muncii de la ţară.

Observaţiile şi materialele publicate pînă în prezent nu sînt suficiente pentru a delimita modalităţile în care la sate se pot îmbina două sau mai multe profiluri medicale. Mergînd pe linia utilizării circumscripţiei cu doi medici, ca etapă iniţială a dezvoltării unei asistenţe ambulatorii de specialitate în mediul rural sau ca o formă organizatorică de durată, în anumite condiţii geografice (populaţie foarte dispersată, căi şi mijloace de locomoţie reduse etc.), este imperios necesar să se facă experimentări şi cercetări ştiinţifice în această direcţie.

Condiţiile geografice, sociale, culturale şi economice din mediul rural, precum şi morbiditatea generală şi specific locală, sînt factori care trebuie luaţi în consideraţie la rezolvarea acestei probleme.

Considerăm că, în mediul rural, împărţirea muncii medicale între doi medici trebuie făcută astfel: medicina generală a adultului şi medicina generală a copilului între 0 şi 15 ani. Pediatria nu poate să fie considerată altfel decît o medicină generală a unei grupe de vîrstă a populaţiei. Asistenţa medicală a copilului în mediul rural reprezintă un important volum de muncă în activitatea de zi cu zi a medicului de circumscripţie.

Astfel, din cercetarea complexă efectuată în două circumscripţii sanitare rurale în 1954 de către Centrul de organizarea ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei în colaborare cu Catedra de organizare sanitară şi istoria medicinei a I.M.F. Bucureşti şi cu o serie de alte institute de cercetări ştiinţifice rezultă că în circumscripţia Belitori (cu un singur medic)

din totalul morbidității generale pe anul 1954, numai cazurile noi de îmbolnăviri, problemele grupei de vîrstă între 0 și 15 ani, reprezintă o greutate specifică de 37,2% pe întreaga circumscripție și de 44,4% pentru comuna de sediu (care se știe că beneficiază de o mai bună accesibilitate). În circumscripția cu spital Balaci (avînd secție de interne, chirurgie și pediatrie), din totalul cazurilor de îmbolnăviri noi și vechi pe anul 1954 și semestrul I 1955, 27,4% sînt din grupa de vîrstă 0—15 ani, iar din satul Balaci pe aceeași perioadă, 25,5%.

În circumscripția cu spital Armășești (avînd secții de interne, chirurgie și pediatrie), din numărul total de consultații pe semestru I 1956: 25% au fost acordate copiilor de diferite vîrste, din care 85% acordate copiilor din grupa între 0 și 7 ani.

La aceste date trebuie adăugate o serie de sarcini referitoare la îngrijirea copiilor, cum sînt: vaccinările profilactice, controlul medical periodic al școlarilor și toate problemele de igienă școlară și a altor colectivități de copii, probleme de epidemiologie, educație sanitară etc. Acest volum de sarcini crește mult în condițiile existenței unui staționar de copii.

Cu toate acestea, în jurul problemei profilării medicilor din circumscripția sanitară rurală există încă multe discuții. De fapt, mulți autori bazați pe ideea că problemele chirurgicale reprezintă o pondere structurală mare în morbiditatea rurală, grupează problemele medicale ale circumscripției sanitare rurale în două mari profiluri: unul de medicină internă și altul chirurgical. Chiar și în U.R.S.S. s-a mers pe linia unei astfel de diferențieri, dar numai pînă la o anumită limită.

Nu negăm că ansamblul problemelor care intră în profilul chirurgical reprezintă în mediul rural un volum apreciabil, dar în același timp remarcăm că problemele chirurgicale de strictă specialitate reprezintă un volum mult mai redus, după cum reiese și din datele următoare. Astfel, în circumscripția Belitori acestea reprezintă un volum de numai 23,3% din total, iar cele de chirurgie propriu-zisă (fără mică chirurgie), de numai 4,5%.

În circumscripția cu spital Balaci, care are și secție de chirurgie, toate problemele chirurgicale (inclusiv cele de mică chirurgie) înregistrate la consultațiile din 1954 și semestrul I 1955 dețin o proporție de 29,1% din totalul cazurilor, iar problemele chirurgicale de strictă specialitate, numai 19%.

Autorii sovietici V. Mirskov și A. Belokliucevskaia (în articolul „Despre internistul din mediul rural" din revista *Muncitorul medical*, nr. 24, 1954) arată că din totalul bolnavilor consultați de medicii de circumscripție, 3,5% revin chirurgilor, 3,5% ginecologilor, iar 93% interniștilor.

O ilustrare în plus a acestei realități o dă studiul făcut de noi asupra morbidității populației rurale raportate din raioanele: Cislău, Tulcea, Urziceni și Roșiori (cu specifice geografice diferite), pe anul 1954, pe un total de 91 027 de cazuri noi de îmbolnăviri. Din aceasta a reieșit următoarea structură a morbidității pe profiluri medicale; interne 72,2%, chirurgie 10,6%, obstetrică-ginecologie 4%, dermato-venerice 2,1%, neuropsihiatrie 1,1%, oftalmologie 2%, oto-rino-laringologie 5,6%, stomatologie 2,4%. De aici reiese că ramurile chirurgicale (inclusiv problemele de mică chirurgie) dețin o proporție de 22,2% din total.

În concluzie, volumul problemelor chirurgicale de specialitate la ni-

velul unei circumscripții rurale este atît de redus față de celelalte probleme terapeutice, încît nu poate justifica crearea unui post de specialist pentru aceste probleme, cu atît mai mult cu cît, la acest nivel, unde se acordă o asistență medicală ambulatorie, nu i se pot asigura nici condițiile necesare de muncă (sală de operație, instrumentar, instalație de sterilizare, aparatură, personal etc.).

Considerăm că noțiunile de prim-ajutor și de chirurgie elementară pot fi însușite de medicii de medicină generală care lucrează la circumscripțiile sanitare rurale. Cu ajutorul lor, acești medici ar putea rezolva cele mai numeroase probleme de profil chirurgical, în condițiile unui ambulatoriu rural; așadar, considerăm că sînt necesare, se pot aplica și, deci, trebuie însușite următoarele:

a) din chirurgia generală și în special mica chirurgie: luxațiile, entorsele, fracturile, aparatele gipsate, hemoragiile membrelor, abcesele, flegmoanele, punctiile evacuatoare, flebosclerozа, plăgile, pansamentele chirurgicale, microtraumatismele după specific de muncă, problema corpilor străini la membre, hemostaza;

b) din oto-rino-laringologie: paracenteza, punctiile sinus, vegetațiile, abcesele amigdaliene, bolile pavilionului și conductului auditiv extern, eventual amigdalectomia;

c) din stomatologie: extracțiile, abcesele, flegmoanele;

d) din oftalmologie: corpii străini nepenetranți ai polului anterior, chalazionul;

e) din obstetrică-ginecologie: extracția manuală de placentă, controlul cavității uterine, ajutorul manual, versiunea internă, suturile de perineu, aplicarea forcepsului, ginecologia conservatoare și chirurgia organelor genitale externe, bartolinite, polipi pediculați ai colului uterin, ruptura varicelor vulvare, episiotomia și perineotomia, mastitele.

f) anestezie și reanimare: anestezia locală, regională, narcoza, oxigenoterapia, transfuzia. combaterea șocului compensat și decompensat.

Accentuăm de pe acum că noi condiționăm organizarea circumscripției sanitare rurale cu doi medici pe bazele de mai sus, cu însușirea cunoștințelor enumerate și cu dotarea circumscripțiilor cu materialele și aparatura necesară acestor practici.

Revenind asupra celor arătate, trebuie să remarcăm faptul că datele furnizate se referă doar la aspectele curative ale muncii în circumscripțiile sanitare rurale. Dar la acestea se mai adaugă un important volum de muncă profilactică, de igienă și salubritate, care — se știe — intră aproape în totalitate în atribuțiile medicului internist. Aceasta mărește de cîteva ori disproporția ce s-ar crea între volumul de muncă al medicului internist și al chirurgului. Incontestabil, deci, că centrul de greutate al asistenței medicale în circumscripția sanitară rurală cu ambulatoriu cade pe profilul de medicină internă. În consecință, acest sector va trebui ajutat printr-o distribuție rațională a sarcinilor între cei doi medici. După cum am demonstrat, problemele terapeutice ale grupei de vîrstă între 0 și 15 ani reprezintă un mare volum din totalul sarcinilor pe circumscripție; este logic ca diviziunea muncii celor doi medici să se facă pe linia medicinei generale a adultului și pe cea a medicinei generale a copilului. Fiecare dintre cei doi medici va trebui să cuprindă toate problemele (de morbi-

ditate, profilaxie, igienă, salubritate etc.) care ţin de respectiva grupă de vîrstă, implicit problemele chirurgicale.

Considerăm această delimitare de profiluri medicale la circumscripţia sanitară rurală cu doi medici ca fiind în genere cea mai bună. Nu excludem însă şi alte eventuale posibilităţi de profilare a celor doi medici, dacă nevoile terenului ar justifica acest lucru.

Dar, ori cum s-ar face această profilare trebuie să se ţină cont de cel puţin trei factori: împărţirea volumului de muncă medicală în mod aproximativ egal, asocierea fiecăruia dintre cele două mari profiluri cu alte profiluri înrudite, potrivit grupei de vîrstă şi cauzelor de îmbolnăvire şi considerarea organismului ca un tot inseparabil.

Este clar că cei doi medici ai unei circumscripţii sanitare rurale o dată instalaţi la posturile lor, vor putea fi calificaţi prin stagii alternative de cîteva luni, în profilurile înguste ce le vor practica. În felul acesta, în timpul stagiului, circumscripţia respectivă nu va rămîne descoperită. Desigur că nu înţelegem ca diferenţierea lor să se facă pe profiluri identice (de exemplu: oto-rino-laringologie adulţi, oto-rino-laringologie copii), ci pe profiluri diferite: unul oto-rino-laringologie, altul dermato-venerice etc.

Orarul şi graficul de muncă al celor doi medici profilaţi ai unei circumscripţii sanitare rurale se vor adapta în funcţie de: condiţiile din teren, mijloacele de transport, cadrele medii existente, profilul medicilor şi condiţiile de muncă.

Principial, sugerăm că ar fi util ca orarul de consultaţii şi de deplasări pe teren al celor doi medici să alterneze de aşa natură, încît să se asigure o prezenţă regulată la consultaţii în localitatea de reşedinţă a circumscripţiei. Acest lucru este absolut necesar în cazul circumscripţiilor sanitare rurale cu doi medici care au sediul în oraşe şi care, după cum am mai amintit, nu este necesar să fie profilaţi (ambii rămîn medici de medicină generală). În cazul celorlalte circumscripţii care au medici profilaţi ar fi indicat ca una sau mai multe zile pe săptămînă (de exemplu duminica) ei să acorde consultaţii simultan, dacă există posibilităţi de separare a cabinetelor de consultaţii.

★

Vom analiza acum condiţiile obiective în care se justifică înfiinţarea de circumscripţii sanitare rurale cu doi medici, precum şi unele situaţii excepţionale ale arondării teritoriului, pe care circumscripţia cu doi medici le poate rezolva mai bine decît cea cu un medic.

Pentru ca o circumscripţie sanitară rurală cu doi medici să fie justificată ştiinţific, sînt de observat unele condiţii.

Întreaga populaţie de pe teritoriul respectiv să graviteze, în mod natural, spre locul de reşedinţă al medicilor. Este complet nejust să se înfiinţeze circumscripţii cu doi medici numai pe considerentul numărului mare de locuitori sau prin ataşarea unor localităţi izolate care nu au gravitaţie naturală în direcţia aceea. Cînd direcţia drumurilor de acces, căile naturale de deplasare şi linia de gravitaţie naturală a locuitorilor nu unesc populaţia, circumscripţia cu doi medici devine o formă organizatorică artificială neviabilă. Ea se organizează, mai ales, în zonele cu mare densitate a populaţiei şi pe căile bune de acces.

Pentru buna funcţionare a unei circumscripţii sanitare rurale cu doi medici este absolut necesară crearea unor condiţii corespunzătoare de lucru, în sensul amenajării unor localuri care să permită separarea consultanţilor şi activităţii specifice a celor doi medici, precum şi asigurarea unor bune mijloace de transport.

In cele ce urmează, pe baza principiilor şi condiţiilor enumerate, vom demonstra o serie de variante care pot surveni pe teren şi care indică folosirea acestei noi forme organizatorice.

Cazul 1. Circumscripţia sanitară rurală cu doi medici îmbunătăţeşte accesibilitatea asistenţei medicale, permiţînd o mai justă repartiţie a satelor între cei doi medici pe baza gravitaţiei naturale a popu-

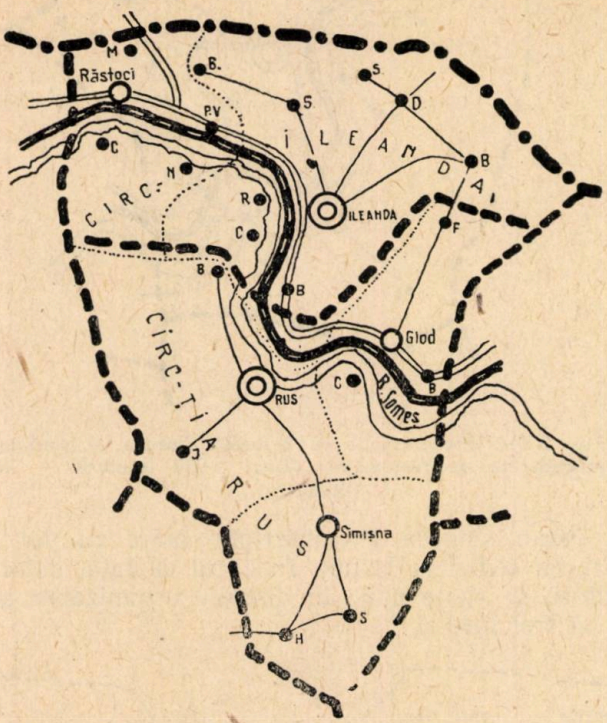


Fig. 1. — Circumscripţiile Rus şi Ileanda — Regiunea Cluj — înainte de arondare.

laţiei, păstrîndu-se integritatea administrativă (comuna). Aceasta se face păstrîndu-se reşedinţa veche a ambilor medici, din care una rămîne sediul circumscripţiei. Cealaltă devine un punct de sănătate cu medic. In felul acesta s-a rezolvat situaţia circumscripţiilor Ileanda şi Rus, regiunea Cluj.

Cazul al II-lea. Cînd două comune mari situate în imediata apropiere avînd circumscripţii sanitare rurale separate sau o singură comună mare împărţită în două circumscripţii sanitare rurale, se unesc formînd o singură circumscripţie sanitară rurală mare, cu doi medici. Aşa este cazul comunelor Rovine şi Pecica, regiunea Timişoara (circumscripţii

separate), comunele Nădlac, regiunea Timişoara şi Sîntana, regiunea Oradea, fiecare cu cîte două circumscripţii separate în aceeaşi localitate.

Cazul al III-lea. Cînd o populaţie numeroasă din jurul unui centru de gravitaţie naturală, care a fost împărţită în trecut în două circumscripţii sanitare rurale (din cauza numărului mare de populaţie), se comasează într-o singură circumscripţie cu doi medici. Aşa s-a rezolvat cazul circumscripţiei sanitare rurale Iernut şi Deag, regiunea Cluj, care

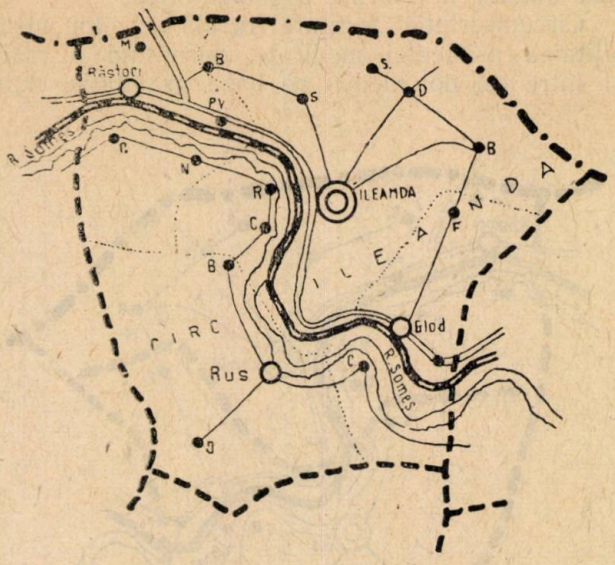


Fig. 2. — Circumscripţia cu 2 medici Ileanda — conform propunerilor de rearondare. (Total 9 608 locuitori — 22 localităţi).

s-au comasat într-o singură circumscripţie mare cu doi medici, avînd 15 371 locuitori, cu sediul în Iernut. In cazul de faţă, datorită numărului mare de locuitori, se poate pune în discuţie organizarea acestei circumscripţii chiar cu trei medici.

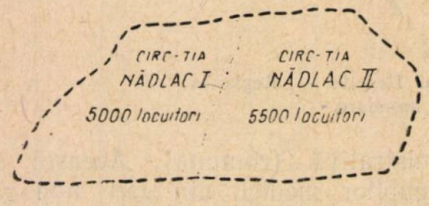


Fig. 3. — Comuna Nădlac — Regiunea Timişoara — deservită de 2 circumscripţii sanitare rurale.

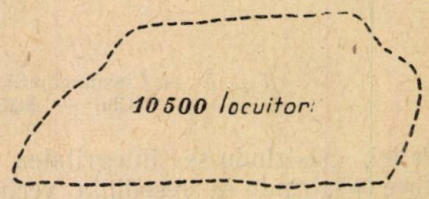


Fig. 4. — Comuna Nădlac — Regiunea Timişoara — deservită de o circumscripţie sanitară rurală cu 2 medici

La fel se procedează şi în cazul existenţei unei circumscripţii rurale mari cu populaţie numeroasă: i se acordă de preferinţă doi medici, în loc să fie scindată în două circumscripţii mai mici.

Cazul al IV-lea. Cînd în jurul unor oraşe gravitează în mod natural un mare număr de populaţie, din comunele rurale înconjurătoare spre

oraş, se formează o circumscripţie rurală cu doi medici cu sediul în oraşul respectiv. Aşa s-a rezolvat problema deservirii cu asistenţă medicală accesibilă a populaţiei din jurul oraşelor: Turda, Dej, Gherla,

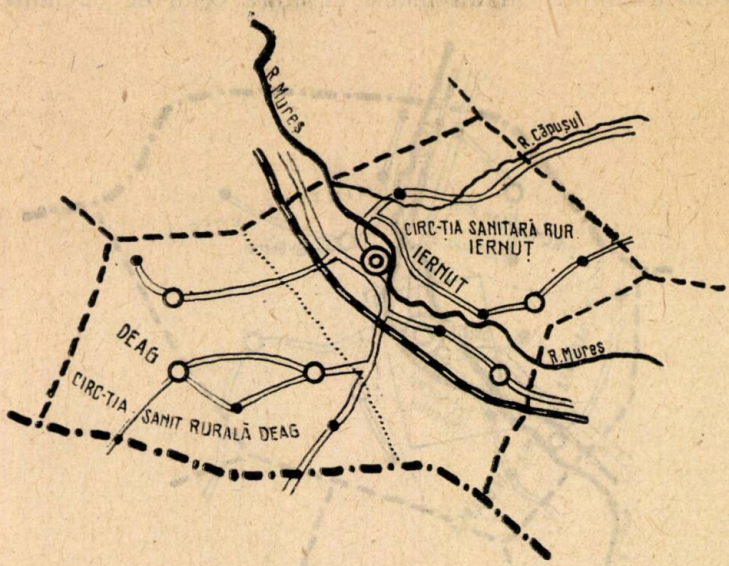


Fig. 5. — Circumscripţiile sanitare rurale Iernut şi Deag, Regiunea Cluj — înainte de arondare.

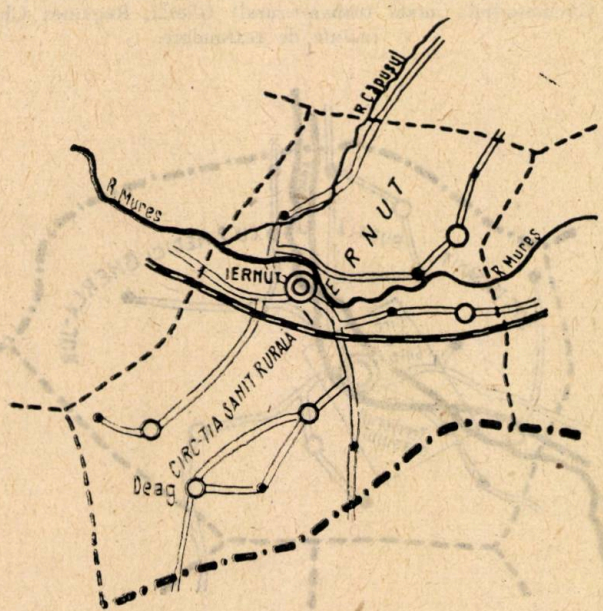


Fig. 6. — Circumscripţia sanitară rurală cu 2 medici Iernut — Regiunea Cluj — conform propunerilor de rearondare.

Vaslui etc. Reşedinţa acestor circumscripţii rurale se fixează, fie în policlinica spitalului orăşenesc, fie în imediata ei apropiere.

Cazul al V-lea. Cînd la sediul unei circumscripţii teritoriale există o unitate medicală cu un alt medic în afara celui de circumscripţie ru-

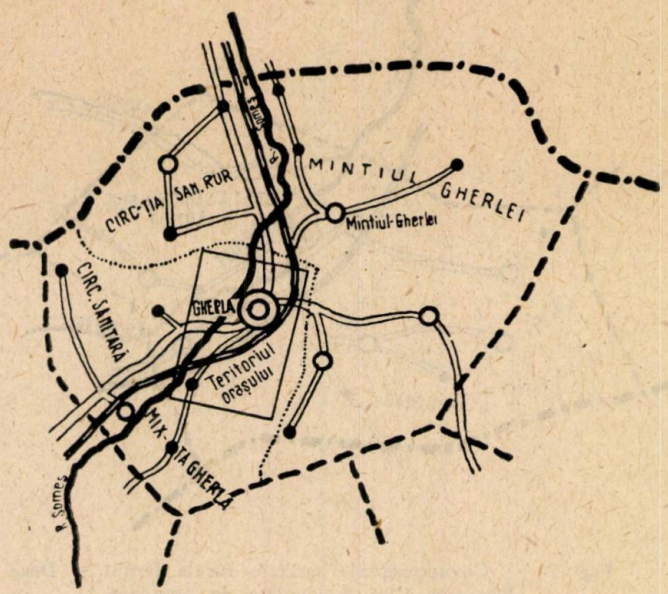


Fig. 7. — Circumscripţia sanitară rurală Minutul Gherlei şi Circumscripţia mixtă (urban+rural) Gherla, Regiunea Cluj — înainte de rearondare.

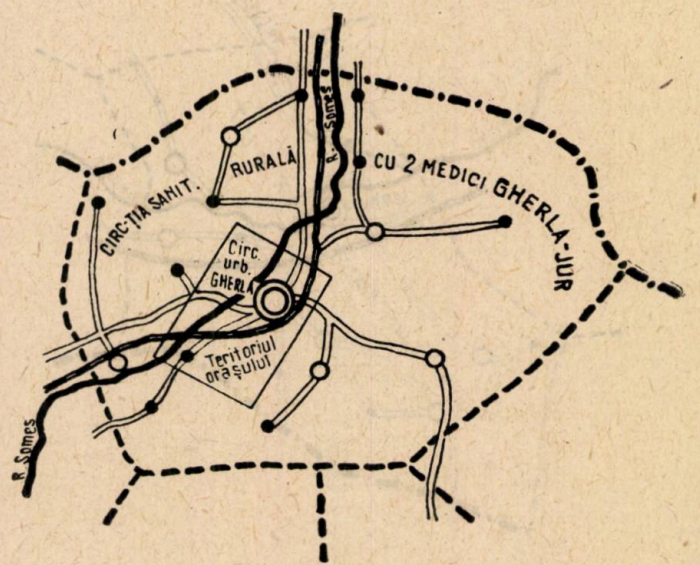


Fig. 8. — Circumscripţia sanitară rurală cu 2 medici Gherla-Jur — conform propunerilor de rearondare.

rală (de exemplu: un dispensar de pediatrie sau un punct de sănătate de G.A.S. cu medic), respectiva unitate se înglobează circumscripţiei, formînd o circumscripţie sanitară rurală cu doi medici.

★

În concluzie, acestea sînt problemele şi aspectele principale pe care le ridică organizarea circumscripţiilor sanitare rurale cu doi medici. Accentuăm că, în marea majoritate a cazurilor, cel de-al doilea medic dintr-o circumscripţie sanitară rurală trebuie să fie un pediatru.

Remarcăm însă faptul că pentru circumscripţia sanitară rurală cu doi medici, ca şi pentru celelalte unităţi sanitare rurale, trebuie elaborat un nou normativ de încadrare, care să se adapteze diferitelor variante şi condiţii speciale din teren.

Deşi circumscripţia sanitară rurală cu doi medici este o nouă formă organizatorică ce reprezintă un pas înainte pe calea îmbunătăţirii accesibilităţii şi a calităţii deservirii cu asistenţă medico-sanitară a populaţiei rurale, ea nu poate fi generalizată şi aceasta nici nu este necesar. De aceea nu trebuie să se abuzeze cu utilizarea acestei forme organizatorice. Pentru a ne adapta la condiţiile atît de variate din teren, rămîn absolut necesare şi celelalte forme organizatorice ale asistenţei medico-sanitare din mediul rural, cum sînt: circumscripţia cu un medic, circumscripţia cu spital şi, ca variantă de perspectivă, circumscripţia cu ambulatoriu cu trei sau mai mulţi medici.

Susţinem că, prin organizarea instituţiilor sanitare rurale pe baza principiului gravitaţiei naturale a populaţiei şi prin profilarea muncii celor doi sau mai mulţi medici de la un ambulatoriu rural, asigurăm o îmbunătăţire substanţială a accesibilităţii şi calităţii deservirii medicale a populaţiei rurale.

Articol intrat în redacţie în octombrie 1956.

РЕЗЮМЕ

ПО ПОВОДУ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ УЧАСТКОВ, ОБСЛУЖИВАЕМЫХ ДВУМЯ ВРАЧАМИ

Т. Иля, Е. Бад, М. Олтяну

В целях большей доступности и улучшения качества медицинского обслуживания на селе, авторы предлагают организацию в определенных условиях медицинских сельских участков, которые обслуживались бы двумя врачами.

На основании проведенных исследований, авторы полагают, что эти два врача должны обладать основным профилем в двух направлениях: общая медицина взрослых лиц и общая медицина возрастной группы от 0 до 15 лет. Каждый из этих двух врачей должен, однако, охватывать все имеющиеся проблемы на селе (заболеваемость, профилактика, гигиена, санитарное благоустройство и т. д.) в связи с соответствующей возрастной группой, включая хирургические проблемы (за исключением вопросов узкой специальности).

После этого авторы излагают организационные принципы, условия и практические возможности использования этой новой организационной формы на селе.

RÉSUMÉ

CONSIDÉRATIONS EN RELATION AVEC LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE RURALE AVEC DEUX MÉDECINS

T. Ilea, E. Bad, M. Olteanu

Les auteurs proposent, afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité de l'assistance médicale dans le milieu rural, l'organisation dans certaines conditions de circonscriptions pourvues de deux médecins.

En se basant sur les recherches effectuées, ils considèrent que les deux médecins soient représentés par deux branches de base : médecine générale de l'adulte et médecine générale du groupe d'âge de 0—15 ans. Chacun des deux médecins, toutefois, s'occupera de touts les problèmes (de morbidité, de prophylaxie, d'hygiène, de salubrité, etc.) qui touchent au groupe d'âge respectif, y compris les problèmes de chirurgie (excepté les problèmes de stricte spécialité).

Les auteurs continuent par exposer les principes d'organisation, les conditions, les modalités pratiques d'utilisation de ces nouvelles formes organisatrices dans le milieu rural.

SUMMARY

CONSIDERATIONS ON RURAL SANITARY CIRCUMSCRIPTIONS WITH TWO PHYSICIANS

T. Ilea, E. Bad, M. Olteanu

With a view to improving the availability and quality of medical assistance in the countryside, the authors suggest the organization, under certain conditions, of rural sanitary circumscriptions with two physicians.

Based on their investigations, they think that the two physicians should be trained in two basic medical branches : general medicine of the adult and general medicine of the 0—15 years age-group. Each of the two physicians should, however, deal with all the problems (morbidity, prophylaxis, hygiene, salubrity, etc.), concerning the respective age-group, including surgical problems (with the exception of those requiring special surgical competence).

The authors then show the actual organizing principles, the circumstances, and practical means for the use of this new type of sanitary organization in the countryside.

ZUSAMMENFASSUNG

ÜBER DEN LANDGESUNDHEITSKREIS MIT ZWEI ÄRZTEN

T. Ilea, E. Bad. M. Olteanu

Zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Qualität der ärztlichen Betreuung auf dem Lande schlagen die Verfasser unter gewissen Umständen die Schaffung von Landgesundheitskreisen mit zwei Ärzten vor.

Auf Grund ihrer Untersuchung sind sie der Meinung, dass die zwei Ärzte zwei Fächern angehören müssen : allgemeine Medizin für Erwachsene und allgemeine Medizin für die Altersgruppe von 0—15 Jahren. Jeder der zwei Ärzte muss aber alle Fragen (Morbidität, Vorbeugung, Hygiene, Salubrität usw.) in Verbindung mit der betreffenden Altersgruppe. einschliesslich der chirurgischen Probleme (mit Ausnahme der unbedingt zum Fachartzt gehörenden) erfassen.

Die Verfasser erläutern weiter die Organisationsprinzipien, die praktischen Bedingungen und Ausnützungsmöglichkeiten dieser neuen Organisationsform auf dem Lande.

*Organizarea asistenței cardio-vasculare**

Dr. P. Andreescu

Capitolul de patologie cardio-vasculară cu numeroasele sale probleme de ordin fiziopatologic, clinic, terapeutic, profilactic și social au atras, de timpuriu, atenția nenumăraților cercetători, clinicieni și igienişti din toată lumea, inclusiv și a celor din țara noastră. Bolile cardio-vasculare nu cruță nici o vîrstă ; începînd cu bolnavii congenitali, cardite infecțioase și mai ales reumatice ale copiilor cu sechelele atît de frecvente — care persistă tot restul vieții — ajungem la afecțiunile adulților, numeroase și variate, care constituie un mare neajuns pentru societate, deoarece lovesc oamenii la o vîrstă în care dau maximum de randament.

Interesul studiului problemelor de cardiologie a crescut o dată cu creșterea morbidității.

Dacă în trecutul nu prea îndepărtat, omul era amenințat în existența sa de tot felul de boli infecto-contagioase acute sau cronice, astăzi, datorită noilor descoperiri terapeutice s-a redus simțitor gravitatea cazurilor și letalitatea prin astfel de boli, cu deosebire în bolile gastro-intestinale ale sugarilor și copiilor, precum și într-o serie de boli pulmonare, inclusiv tuberculoza. Progresele în tratamentul bolilor interne, ca și lărgirea cîmpului de activitate a chirurgiei, au contribuit la creșterea mediei de viață a omului. Sînt elocvente în această privință statisticile de mortalitate și morbiditate din țara noastră, statistici care demonstrează o îmbunătățire reală a stării de sănătate a populației.

În opoziție cu aceste realizări pozitive se află situația îngrijorătoare în ceea ce privește bolile aparatului cardio-vascular. Cifra mortalității, prin aceste boli, a notat salturi importante chiar și la grupele de vîrste tinere.

În ultimii 23 de ani se constată o creștere a mortalității cu 65,3% ; în 1932 mortalitatea prin bolile aparatului cardio-vascular a fost de 149,1‰, iar în 1955, de 246,4‰.

În mediul urban decesele prin boli cardio-vasculare au constituit, încă din 1932, prima cauză de deces.

Dacă comparăm cu alte țări mortalitatea prin boli cardio-vasculare în anii 1950—1952, se constată că la noi, țară cu o populație în majoritate rurală, este cea mai mică, de 229,5‰ față de 571‰ în Anglia sau de 466,2‰ în Statele Unite, cu un mare număr de muncitori industriali, îngrămădiți în orașe și care întrec numeric populația rustică.

Regiunile cu mortalitatea cea mai ridicată, prin aceste boli, sînt cele cu natalitate foarte scăzută, deci cu o preponderență numerică a grupelor vîrstnice, cum ar fi Timișoara și Hunedoara.

Distribuția letalității prin boli cardio-vasculare, pe grupe de vîrstă, arată o creștere absolută, simțitoare, a numărului de decese, la toate grupele, dar în special la grupele vîrstnice. În 1954 a variat între limitele extreme de 1% pentru grupa de 1—4 ani, pînă la 41,1% în grupa de

---

* Redacția revistei pune în discuție propunerile cuprinse în articolul de față și își propune să continue dezbaterea problemei cu noi articole.

55—64 de ani, din totalul deceselor din grupa respectivă ; media acestei mortalităţi creşte de 24,6%, devenind astfel prima cauză de deces.

In ţara noastră, cea mai mare morbiditate o deţine boala hipertensivă, cu circa 36% din cazuri de îmbolnăviri cardio-vasculare. Endocardita, cu toată scăderea numerică faţă de anii precedenţi, dă totuşi o morbiditate mare.

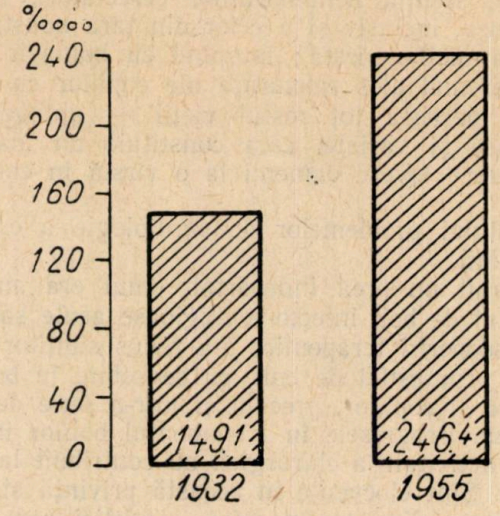


Fig. 1. — Mortalitatea prin boli ale aparatului cardio-vascular

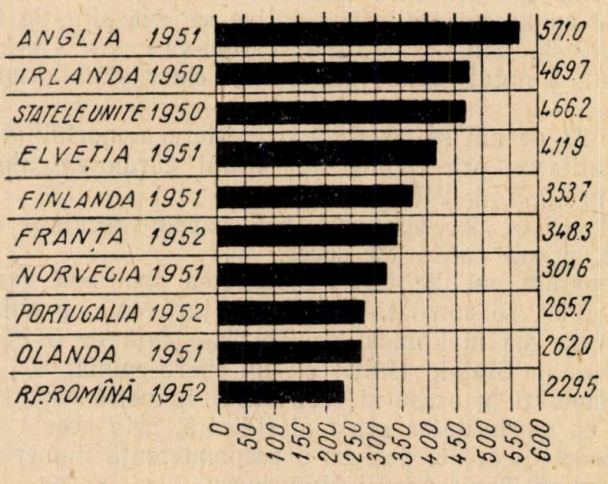


Fig. 2. — Mortalitatea prin boli cardio-vasculare în R.P.R. şi alte ţări

Se pare, totuşi, că numărul crescut de îmbolnăviri nu reprezintă de fapt morbiditatea reală, deoarece acţiunile de depistare nu sînt încă suficient dezvoltate.

In orice caz, aşa cum arată statisticile de la noi, coroborate cu datele din străinătate, există la 100 de indivizi 2—3 bolnavi de inimă şi vase. Schereşewsky, în studiul său asupra sănătăţii locuitorilor din industria îmbrăcămintei, dă o proporţie de 2% boli de inimă.

În Bucureşti, în 1954 era o morbiditate cardio-vasculară de 5,70% din totalul îmbolnăvirilor populaţiei din Capitală, care, în 1955 a crescut pînă la 8%. Mortalitatea, în Bucureşti, în 1954, este de 37% din totalul deceselor; apoi creşte în 1955 la 42,6%, dintre care 6,1% numai prin hipertensiunea arterială şi complicaţiile ei.

Este important să menţionăm că media zilelor de spitalizare a unui

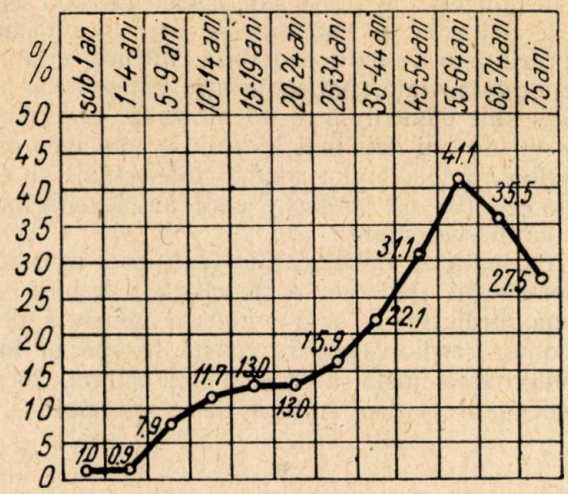


Fig. 3. — Letalitatea prin boli cardio-vasculare în 1054 — pe grupe de vîrsta (la % din totalul decese din grupa respectivă)

bolnav cardio-vascular este de 22, cifră importantă, care de asemenea depăşeşte media de spitalizare a foarte multor boli.

În esenţă, putem afirma că bolnavii de inimă constituie cea mai numeroasă categorie de bolnavi cronici, care dau mortalitatea cea mai mare, pentru că din patru oameni maturi, unul moare din cauza unei boli cardio-vasculare, cifră mai mare decît o dau tuberculoza, cancerul, febra tifoidă şi pneumonia la un loc.

Subliniem faptul bine cunoscut că tuberculoza în ultima decadă a regresat, iar afecţiunile cardio-vasculare urmează o curbă ascendentă îngrijorătoare.

Ciudată este situaţia următoare. Ca boli cu extindere în masă, adică boli care lovesc o bună parte din populaţie, producînd invaliditate la un procent important de bolnavi şi avînd o letalitate însemnată, putînd să pericliteze astfel viaţa unui popor, sînt unanim recunoscute: tuberculoza, sifilisul, pelagra, guşa endemică, diabetul etc.

În acelaşi timp, însă, bolile aparatului circulator care întrec prin morbiditate şi mortalitate oricare din aceste boli nu au fost recunoscute, decît foarte recent, ca o problemă socială, şi nu ca simple cazuri. Mulţi medici par să fie surprinşi ca de ceva cu totul neobişnuit cînd li se prezintă aspectul problemei cardio-vasculare sub raportul acesta statistic extrem de serios.

În încheierea acestor considerente de ordin statistic şi social şi pentru a ilustra importanţa problemei care comportă o atenţie deosebită, vom

cita un pasaj din cuvîntarea rostită de M. D. Kovrighina, Ministrul Sănătăţii al U.R.S.S., la cel de-al XX-lea Congres al P.C.U.S.:

„Care sînt cauzele principale ale mortalităţii generale a populaţiei în ţara noastră? Îmbolnăvirile cele mai grave care determină nivelul mortalităţii populaţiei sînt bolile sistemului cardio-vascular (bolile inimii, inclusiv bolile reumatice, boala hipertensivă, scleroza vaselor, infarctul miocardic, stenocardia) şi tumorile maligne (cancerul şi sarcomul).

După date incomplete, în 1954 au suferit de boli cardio-vasculare peste 3 500 000 de oameni. Se îmbolnăvesc mai ales oamenii maturi şi bătrîni, care reprezintă o valoare deosebită, întrucît ei au o mare experienţă în producţie şi în viaţă. Astfel, printre bolnavii de boli cardio-vasculare, peste 55% sînt oameni între 40 şi 59 de ani, iar aproape 30% sînt în vîrstă de 60 de ani sau mai bătrîni. Aceste boli constituie cauza principală a invalidităţii oamenilor muncii intelectuali şi a cadrelor conducătoare. La fiecare 100 de persoane care au devenit invalizi, 43 sînt bolnavi de boli cardio-vasculare.

Considerăm că lupta cu bolile cardio-vasculare, care constituie cauza principală a mortalităţii generale a populaţiei, trebuie să devină, nu numai o problemă medicală, ci şi o problemă generală de stat.

Profilaxia bolilor cardio-vasculare constă în special în reglarea zilei de muncă, în alternarea justă a muncii cu odihna, într-o alimentaţie raţională şi preocupare pentru cultură fizică şi sport."

★

In trecut, în ţara noastră aceste lucruri au fost cunoscute şi nu au lipsit glasuri autorizate care să semnaleze problema afecţiunilor cardio-vasculare şi să atragă atenţia asupra necesităţii de a se crea o asistenţă organizată curativo-profilactică a bolilor cardio-vasculare în vederea apărării sănătăţii populaţiei. Aceste semnalizări rămîneau fără răspuns, deoarece organizarea asistenţei medico-sociale cardio-vasculare însemna cheltuieli fără profituri. Puţin interesa organele de resort, în acea vreme, dacă în ţară circa 400 000 de bolnavi cardio-vasculari îşi purtau calvarul suferinţelor lor fără îngrijiri necesare. Asistenţa socială era ca şi inexistentă, iar bolnavii constituiau mai totdeauna o povară a familiei sau apelau la mila publică.

Toată asistenţa bolnavilor cardio-vasculari se reducea la spitalizarea unor cazuri grave sau de interes ştiinţific sau la iniţiative particulare luate de unii medici specialişti.

Nu existau institute de cardiologie şi nici cadre pregătite de specialitate, doar ici şi colo cîte un profesor — şef de catedră de boli interne, cu preocupări în cardiologie — sau un medic specialist, care, din proprie iniţiativă, căuta să imprime un început de şcoală românească de cardiologie.

A trebuit să vină anii de democraţie populară, cu grija binecunoscută faţă de om, ca să ia fiinţă, în 1946, Centrul de asistenţă a cardiacilor (ASCAR), cu scopul de a se pune bazele unei asistenţe medico-sociale a bolnavilor cardio-vasculari.

Iniţial, activitatea ASCAR se desfăşura pe plan profilactic, ea fiind singura modalitate de luptă efectivă contra afecţiunilor cardio-vasculare. Se ştie că o boală de inimă o dată apărută, lasă invaliditate pentru tot

restul vieţii şi, mai curînd sau mai tîrziu, duce la insuficienţă cardiacă, cu tot cortejul ei de suferinţe nesfîrşite, transformînd pe individul activ şi util societăţii într-un asistat social, scurtîndu-i considerabil viaţa.

Ulterior, activitatea la ASCAR, datorită unor motive izvorîte din necesitate, şi-a schimbat profilul, devenind cu încetul o unitate pur curativă.

Este locul să menţionăm că în anii ce au urmat s-au înfăptuit şi alte realizări pe care le vom arăta mai jos.

I. Profilaxia bolilor aparatului circular şi tratamentul lor

Bolile majore generatoare de afecţiuni cardio-vasculare sînt :

1. INFECŢIA REUMATICĂ

În ţara noastră infecţia reumatică este considerată că ar intra într-o proporţie de 20,5% în etiologia bolilor cardio-vasculare ; această proporţie poate creşte pînă la 45% în ţările situate pe latitudini mai nordice. Infecţia reumatică loveşte, în marea majoritate a cazurilor, tineretul, constituind leziuni cardiace într-o proporţie de peste 95% din bolile de inimă ale copiilor. Este unanim recunoscut că infecţia reumatică constituie duşmanul cel mai de temut al copilăriei, creînd cel mai mare număr de invalidităţi permanente, încă de la începutul vieţii.

Cauzele favorizante instalării infecţiei reumatice la copii şi adolescenţi ţin de climatul rece şi umed, precum şi de starea materială nesatisfăcătoare a familiei.

Necunoscută la tropice, infecţia reumatică creşte îngrijorător în incidenţă cu cît trecem în ţările nordice, unde a fost decretată ca un flagel social. Frecvenţa cazurilor sporeşte în sînul familiilor sărace, aşa cum reiese din anchetele şi statisticile întocmite riguros ştiinţific.

Astfel, o statistică anterioară, la New-York, a arătat că din 1 541 de decese la copii, 1 281 mor de boli de inimă, iar restul de 260 din diverse alte boli infecto-contagioase.

În statele mari, a căror suprafaţă se întinde pe latitudini diferite, de la nordul îngheţat şi pînă la coastele mereu însorite ale sudului, cum ar fi de pildă U.R.S.S. sau S.U.A., se produc deplasări de familii cu frecvente cazuri de infecţie reumatică, de la nord spre regiunile calde, pentru a proteja bolnavii contra celui mai principal factor etiologic.

Lupta contra infecţiei reumatice devine, în orice caz, tot mai eficace, o dată cu îmbunătăţirea mijloacelor materiale de trai şi descoperirile terapeutice recente.

În schimb, ceilalţi factori etiologici ai bolilor de inimă sînt mult mai greu de corectat şi combătut, cum ar fi :

2. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ŞI

3. ARTERIOSCLEROZA

În aceste două boli, factorii etiologici sînt încă neprecizaţi şi de aceea rămîne o poartă larg deschisă la o serie de studii şi măsuri organizatorico-terapeutice.

Aceste ultime două afecţiuni se găsesc separate sau coexistînd.

Fie că este sau nu asociată cu hipertensiunea arterială, arterioscleroza atinge cifra de 52% din etiologia bolilor de inimă. In afară de predispoziţia familială pentru aceste boli, intervine, mai ales, felul de viaţă, în special ocupaţia şi alimentaţia, exemplul concludent oferindu-l experienţa rezultată după asediul Leningradului. Oamenii asediaţi, subalimentaţi şi epuizaţi fizic şi nervos în timpul asediului, au prezentat afecţiuni cardio-vasculare sub un sfert faţă de cifra obişnuită, pentru că la un an şi jumătate de la ridicarea blocadei, numărul cazurilor de îmbolnăviri de insuficienţă cardiacă, hemoragie cerebrală, infarct miocardic etc. să se ridice la dublu valorii iniţiale.

Cu toată precara informaţie asupra etiologiei acestor boli, incontestabil că în declanşarea hipertensiunii arteriale sau arteriosclerozei, un rol de seamă îl joacă prezenţa factorilor toxiinfecţioşi, ca şi alimentaţia nepotrivită (în special cu exces de grăsimi animale), astfel că un regim alimentar şi un mod de viaţă igienic pot da rezultate bune în profilaxia acestor afecţiuni.

Este util ca în familiile ai căror membri prezintă frecvent una din tarele, cum ar fi hipertensiunea arterială, obezitatea, diabetul, guta etc., să urmărim atent pe membrii încă indemni, ca astfel să depistăm hiperreactorii sistemului nervos vegetativ, vasoconstrictiv, să-i educăm, pentru ca ei să ducă o igienă fizică şi mintală specială, să-şi trateze din vreme afecţiunile de bază, punîndu-i în condiţii optime, iar hipertensiunea arterială şi arterioscleroza să se producă cît mai tîrziu, dacă nu putem împiedica evoluţia lor.

4. SIFILISUL

Este în proporţie de 14,5% din totalitatea factorilor etiologici ai bolilor cardio-vasculare. Astăzi, această boală se combate şi se tratează sistematic în ţara noastră, cu ajutorul controalelor periodice — clinice şi serologice — în diferite colectivităţi, precum şi prin anchete efectuate, în cazuri noi de boală, în vederea depistării sursei de contagiune, prin urmărirea bolnavilor care nu se prezintă la tratamentul obligatoriu şi gratuit, cît şi prin educaţia cetăţenească ce are loc permanent în sînul maselor muncitoare de la oraşe şi sate.

In orice caz, fiecare luetic, chiar dacă a urmat tratamentul complet, urmează să se prezinte la un control anual într-un serviciu de cardiologie pentru a se putea decela din vreme vreo eventuală afecţiune cardiovasculară.

Intr-o proporţie de 6,5% se găsesc, drept cauză a bolilor de inimă, o serie de afecţiuni, dintre care menţionăm :

5. SCLEROZA PULMONARĂ

Consecinţa unor boli cronice de plămîni, respectiv emfizemul şi bronşita cronică, sau, ca urmare a cîtorva boli profesionale, cum ar fi pneumoconioza, silicoza etc., scleroza pulmonară duce cu timpul la insuficienţa cordului drept.

Depistarea precoce a acestui stadiu cardiac are mare importanţă în profilaxia afecţiunii cardiace şi de aceea este necesar ca toţi aceşti bolnavi, pe lîngă tratarea bolii lor şi o bună igienă la locul de muncă, să fie controlaţi anual, din punct de vedere cardio-vascular.

6. AFECȚIUNILE GLANDEI TIROIDE

Depistarea la vreme a formelor fruste de boală, precum și tratarea lor judicioasă, vor împiedica boala să se agraveze, iar pe tiroidian să devină cardiac, prin epuizarea miocardului în urma tahicardiei sinuzale continue sau a altor aritmii, atît de frecvente în afecțiunile tiroidei.

7. DIABETUL

Dintre bolile care intră în etiologia afecțiunilor cardio-vasculare este diabetul, care, în modul cel mai constant, așterne drumul unei afecțiuni de inimă și vase. O dată cu introducerea insulinei a crescut timpul de viață mediu al diabeticilor, ceea ce permite organizarea frecventă a proceselor de arterioscleroză. Statisticile arată că 67,4% din diabetici mor de boli cardio-vasculare, cum ar fi, de pildă : gangrena diabetică, scleroza coronariană și infarctul miocardic, hemoragia cerebrală, scleroza renală, retinita diabetică, arterita membrelor inferioare etc.

La necropsie s-a găsit că toți diabeticii care aveau boala de minimum 5 ani prezentau leziuni de scleroză arterială. Prezența arteriosclerozei în cursul diabetului juvenil demonstrează, în mod peremptoriu, rolul etiologic al diabetului în patogenia arterio-sclerozei.

Făcînd profilaxia diabetului și depistînd din timp cazurile de boală, vom contribui la scăderea incidenței complicațiilor cardio-vasculare.

8. INFECȚIILE DE FOCAR

Astăzi este recunoscut în unanimitate rolul infecției de focar în producerea bolilor de inimă. Aceasta constituie un rezervor permanent de infecție și totodată o poartă de intrare a microbilor și virusurilor care se grefează pe cord, producînd miocardite și mai ales valvulite.

Pentru a evita astfel de complicații, este folositor ca toți copiii, elevii și muncitorii să fie controlați periodic în servicii de stomatologie, oto-rino-laringologie, ginecologie etc., în vederea depistării și asanării focarelor de infecție.

Orice intervenție asupra focarelor de infecție, la cardiacii valvulari, va trebui făcută sub protecția antibioticelor, înainte, în timpul și după operație, pentru a nu permite agenților patogeni să pătrundă în torentul circulator și să se grefeze pe o inimă lezată.

9. BOLILE INFECȚIOASE

O serie de boli infecțioase, cu deosebire : febra tifoidă, tifosul exantematic, angina difterică, pneumonia, scarlatina, hepatita epidemică etc., produc în cursul evoluției lor leziuni miocardice destul de frecvent ireversibile, precum și o alterare a arborelui arterial, care se traduce prin : arterite, arterioscleroză, leziuni cronice coronariene, boală cronică de miocard etc.

10. BOLILE CONGENITALE ALE APARATULUI CIRCULATOR

Aceste boli conduc fatal la insuficiență cardiacă sau la exitus, datorită tulburărilor grave, în hematoză, ca urmare a circuitului sanguin defectuos, bolnavii nedepășind, în general, vîrsta de 30 de ani.

Astăzi, însă, aceste boli, ca şi unele defecte valvulare cîştigate, au intrat în mod curent în faza chirurgicală, iar rezultatele bune obţinute la noi de şcoala de chirurgie românească ne îndreptăţesc să sperăm că în viitor copiii cu afecţiuni cardio-vasculare congenitale, precum şi bolnavii cu unele valvulite cronice, vor beneficia şi mai mult de intervenţiile chirurgicale.

Munca fecundă reiese clar din prezentarea cifrică a activităţii serviciilor de chirurgie care s-au ocupat de acest domeniu. Spaţiul limitat ne obligă să nu citäm decît activitatea Secţiei de chirurgie cardio-vasculară a Institutului de terapeutică de pe lîngă Academia R.P.R., condusă de acad. N. Hortolomei de la data de 18 decembrie 1953, de cînd s-a făcut prima comisurotomie într-un caz de stenoză mitrală şi pînă în prezent. In acest interval de timp s-au efectuat:

250 de cataterisme cardiace;

30 de arteriografii prin sondă, introdusă uneori pînă la sigmoide;

180 de comisurotomii, dintre care 160 digitale, iar restul de 20, efectuate cu instrumente; mortalitatea la început a fost de 10%, iar în ultima 100 de cazuri de numai 2%; raportată la întreaga cazuistică, mortalitatea generală este sub 6%;

1 caz de stenoză mitrală concomitentă cu stenoza aortică;

2 cazuri de stenoză pulmonară;

4 cazuri de tetralogia Fallot;

6 cazuri de canale arteriale;

1 caz de coarctaţia aortei;

11 cazuri de pericardite;

12 cazuri de anevrisme spontane sau artero-venoase la diferite niveluri;

1 caz de tromboza aortei abdominale cu bifurcaţie în cele două iliace primitive, în care caz s-a transplantat o grefă arterială de la un cadavru recent.

Dacă la această laborioasă activitate adăugăm şi rezultatele obţinute de la celelalte colective chirurgicale, avem dreptul să sperăm că, în curînd, datorită viitoarelor progrese terapeutico-chirurgicale, prognosticul tuturor acestor bolnavi va fi mai puţin sumbru.

II. Anchetele pe teren şi depistarea bolnavilor

Bolnavii cardio-vasculari se împart în două mari grupe:

1. *Actuali:* toţi cei cu leziuni precise ale sistemului circulator.

2. *Potenţiali:* cei care suferă de una dintre bolile susceptibile de a produce leziuni cardiace şi care au fost descrise în capitolul precedent.

La rîndul lor, cardiacii actuali au fost împărţiţi, conform clasificării acceptate de Congresul sovietic panunional al terapeuţilor din 1935, în trei grade, după stadiul evolutiv al bolii lor:

Gradul I, care cuprinde cardiacii actuali asimptomatici şi fără semne obiective de tulburare a hemodinamicii. Este un fapt binecunoscut că o leziune cardiacă, hipertensiunea arterială, precum şi alte boli ale sistemului circulator, pot evolua ani de zile asimptomatic sau cu semne minime de boală, iar bolnavii, fie că sînt prea ocupaţi sau pur şi simplu ignoră boala lor, continuă să activeze uneori în cadrul unor ocupaţii care solicită eforturi cîteodată violente.

Capacitatea de muncă a cardio-vascularilor de gradul I este normală.

Gradul al II-lea se împarte în două faze:

a) faza I, cînd după eforturi susținute încep să apară tulburări subiective, cum ar fi: dispneea, palpitațiile, starea de oboseală, iar obiectiv, se constată semne discrete de insuficiență a uneia din camerele cordului, însoțindu-se de stază pulmonară sau stază incipientă hepatică, astm cardiac, edeme gambiere vesperale etc. Capacitatea de muncă se menține, însă nu se mai pot efectua eforturile susținute.

b) In faza a II-a, inima este ușor mărită, iar dispneea și palpitațiile se produc după eforturi moderate. Insuficiența totală cardiacă se traduce prin: dispnee, cianoză, stază jugulară, pulmonară sau hepatică și edeme care nu dispar în clinostatism, după repaus.

Capacitatea de muncă este considerabil redusă.

Gradul al III-lea este faza terminală a insuficienței cardiace și bolnavul — în acest stadiu — nu mai poate părăsi patul, prezintă dispnee continuă, iar staza accentuată este decelată în toate organele.

Incapacitatea de muncă este totală.

Din punct de vedere profilactic trebuie mai întîi să fie depistați cardiacii potențiali și bolnavii cardio-vasculari din faza I a bolii. Rezultatele cele mai bune le obținem tratînd cardiacul potențial de boala generatoare a unei cardiopatii, spre a evita o boală de inimă consecutivă.

Diagnosticînd just și din timp o leziune cardio-vasculară de gradul I, vom putea controla evoluția bolii cu rezultate optime, examinînd bolnavul la intervale regulate, tratînd boala sa în mod adecvat și, eventual, repartizînd bolnavul într-o muncă compatibilă cu afecțiunea pe care o prezintă după o prealabilă recalificare profesională, dacă este cazul.

In aceste condiții bolnavul cardio-vascular va rămîne în producție, continuînd să fie un factor activ în societate și un sprijin pentru familia sa.

Depistarea bolii cardio-vasculare în faza I din grupul al II-lea este încă în termen util, deoarece bolnavul va putea presta o muncă apreciabilă, compatibilă cu rezerva sa cardiacă, dacă va fi ținut sub supraveghere medicală continuă, tratat judicios și activînd după un orar redus.

Faza a II-a a aceluiași grad este îndeajuns de tardivă în ceea ce privește recuperarea bolnavului; dacă tratamentul este atent condus, bolnavii din acest stadiu pot să-și cîștige existența printr-o activitate care nu necesită eforturi fizice, psihice sau emotive și care va fi exercitată de preferință la domiciliul bolnavului.

In primii ani de activitate a ASCAR echipe de medici specialiști se deplasau pe teren, în incinta întreprinderilor, instituțiilor, școlilor etc., în vederea depistării la timp a bolnavilor cardio-vasculari.

Bolnavii potențiali erau dați în primirea medicului curant al acelei colectivități, pentru a fi tratați de boala generatoare a unei afecțiuni cardio-vasculare viitoare, controlați în mod periodic și trimiși la ASCAR la primul semn de lezare cardiacă.

Bolnavii actuali erau luați în evidență la ASCAR, unde li se făceau examenele clinice și de laborator necesare; li se întocmea cîte o fișă cardiologică, precum și o fișă de diagnostic, care permiteau ținerea unei

evidențe riguroase a datei cînd trebuia să se facă controlul periodic al acestor bolnavi; dacă termenul recomandat bolnavului pentru a reveni la control era depășit de acesta, bolnavul era vizitat la domiciliu de un medic al Centrului.

Astăzi, ASCAR are circa 61 000 de fișe cardiologice ale bolnavilor, majoritatea din București, o parte mai restrînsă reprezentînd bolnavii din provincie trimiși de medicii sau comisiile medicale consultative raionale pentru rezolvarea unei probleme dificile în specialitate.

Pe lîngă depistarea bolnavilor, anchetele medicale efectuate la locul de muncă al salariaților aveau ca scop principal să cerceteze condițiile de muncă a bolnavilor aflați în producție, să recomande corectarea factorilor nocivi generatori de boli și să dea dispoziții de schimbare a muncii, dacă eforturile prestate de bolnav erau incompatibile cu rezerva sa cardiacă.

O statistică făcută în primii ani de activitate profilactică a ASCAR, pe interval de aproape 3 ani, a arătat că, din 34 052 de salariați examinați preventiv, 679 au fost cardiaci actuali și 2 086 cardiaci potențiali; de aci rezultă că proporția de cardiaci actuali este de 2%, cifră importantă, superpozabilă cu cele arătate de noi la începutul articolului, pentru diversele colectivități din țară și străinătate.

Dezvoltînd activitatea profilactică, vom realiza progrese efective în prevenirea și combaterea bolilor cardio-vasculare.

III. Recalificarea bolnavilor cardio-vasculari

In general, numărul cardiacilor care nu mai pot presta nici o muncă este destul de redus. Majoritatea cardiacilor sînt capabili să-și cîștige existența prin muncă, deoarece o inimă compensată rezistă la eforturi însemnate.

Acuzînd de toleranța la eforturi a unei inimi bolnave și solicitîndu-i un randament la un nivel superior, grăbim sleirea forțelor ei de lucru și apariția insuficienței cardiace.

Este înțelept să cerem unei inimi bolnave un randament sub limita superioară a toleranței efortului respectiv, împiedicînd astfel apariția grabnică a unor complicații grave. Unii bolnavi desfășoară o activitate care solicită eforturi incompatibile cu starea inimii lor. Continuînd să-și ducă mai departe munca în astfel de condiții, riscă să-și scurteze simțitor durata vieții.

In astfel de circumstanțe, societatea are datoria să ajute pe bolnav, pentru a se recalifica profesional într-o specialitate care nu reclamă eforturi deosebite, astfel ca el să poată activa fără să-și rișteviața sau să abandoneze munca, ajungînd un asistat social.

Dăm mai jos o listă de ocupațiile care nu necesită eforturi fizice și tensiune nervoasă și care sînt recomandabile bolnavilor cardio-vasculari.

1. PROFESIUNI CARE NECESITĂ O CALIFICARE SPECIALĂ

a) *Bărbați și copii:* cismărie fină, curelărie, legătorie de cărți, ceasornicărie, desen tehnic, radio-montaj, tehnică dentară, croitorie, blănărie, fotografie, gravură în lemn sau piatră, acordaj de instrumente mu-

zicale, optică şi orice muncă de birou sau profesiune liberă, care nu necesită deplasări mari sau stat în picioare.

b) *Femei şi fete:* croitorie, mode, desen şi gravură, broderie, legătorie de cărţi, confecţionarea de păpuşi sau de jucării mici, muncă de bibliotecară, confecţionarea mănuşilor, cordoanelor, muncă de birou şi orice profesiune liberă.

2. PROFESIUNI CARE NU NECESITĂ O CALIFICARE SPECIALĂ

a) *Bărbaţi şi copii:* paznici, împachetatori de obiecte de greutate moderată, uşieri, liftieri, debitanţi şi chioşcari de ziare, vînzători la mici chioşcuri cu zarzavaturi şi fructe.

b) *Femei şi fete:* împletitul coşurilor, ambalaj, bomboniere, stopaj, manichiură, croşetărie, ţesături cu acul, remaiaj etc.

Activitatea în gospodărie nu este recomandabilă, deoarece solicită eforturi însemnate.

Desfăşurînd una dintre aceste activităţi, în mod raţional, cu program judicios alcătuit şi cu perioada de repaus suficient, cardiacul îşi va cruţa forţa de contracţie a inimii şi va evita suferinţele pricinuite de insuficienţa cardiacă.

IV. Tratamentul cardiacilor

Obiectivul principal în asistenţa medico-socială a bolnavilor cardiovasculari rămîne depistarea lor în stadiul asimptomatic (gradul I), cînd rezerva inimii este normală şi bolnavii pot fi menţinuţi în producţie mult timp, dacă duc o viaţă adecvată, muncind, alimentîndu-se şi odihnindu-se în conformitate cu recomandaţiile medicului cardiolog; în acest stadiu medicaţia este inutilă sau se reduce la tonice generale, calmante şi antibiotice în cazurile de infecţii repetate.

In stadiile de boală ceva mai înaintate va trebui, printr-un tratament judicios, să compensăm cordul şi să-l menţinem ca atare un timp cît mai îndelungat, astfel ca bolnavul să poată încă duce o activitate rezonabilă.

Stadiul avansat al insuficienţei cardio-circulatoare conferă bolnavului o gamă variată de mari suferinţe şi rolul medicului, în această fază, este să uşureze aceste neajunsuri printr-un tratament adecvat.

Tratamentul bolnavilor cardio-vasculari poate fi instituit ambulatoriu sau în spital.

Bolnavul care face un tratament ambulatoriu se va prezenta periodic la Serviciul de cardiologie, conform recomandaţiilor specialistului sau după necesitate. De regulă, tratamentul unui bolnav intrat în insuficienţă cardiacă este continuu, însă trebuie să fie condus de medicul cardiolog; în felul acesta, suferinţele bolnavului sînt în mare parte uşurate.

Tratamentul ambulatoriu se face în Bucureşti la ASCAR, unitate închisă şi de interes republican, precum şi în şase servicii de consultaţii pentru cardiologie la şase din raioanele Capitalei.

In ţară, în afară de unele centre universitare, sînt foarte puţine localităţi unde funcţionează astfel de servicii.

Activitatea unui bolnav cu rezerva cardiacă diminuată se va limita la un program redus de 6 pînă la 2 ore zilnic, cu un repaus de aproximativ 12 ore din 24. Schimbarea profesiunii va fi făcută ori de cîte ori

o impune gravitatea bolii; bolnavul va putea să-şi echilibreze capacitatea sa de muncă scăzută cu o activitate care, în afară de foloasele materiale pe care le aduce familiei şi societăţii, reuşeşte să-i menţină o stare psihică bună, iar el nu se va considera o povară pentru societate şi familie, lucru care provoacă o depresiune psihică, agravînd boala sa de inimă.

In cazurile înaintate de boală (în gradul al III-lea), cînd bolnavul este nevoit să rămînă la pat din cauza simptomatologiei grave, datorită scăderii aproape complete a rezervei cardiace, internarea sa în spital este de recomandat, atunci cînd la domiciliu nu poate avea îngrijirile necesare.

★

Organizarea unei ocrotiri a bolnavilor cardio-vasculari va trebui să cuprindă o serie de „servicii de specialitate" repartizate pe întreaga suprafaţă a ţării, după necesităţi.

In primul rînd este nevoie să se creeze:

1. *Cadre calificate,* în număr suficient, pentru a satisface nevoile mereu crescînde în specialitate. Pregătirea medicilor cardiologi se va face prin organizarea de cursuri şi stagii periodice, într-un institut cu staţionar şi laboratoare de cercetări pentru bolnavii de inimă şi vase.

In acest sens este necesar să se dezvolte:

2. *Centrul de cardiologie* cu: a) Staţionar pentru bolnavii cardio-vasculari, dotat cu utilajul modern, pentru a corespunde scopului. In felul acesta, bolnavii cardio-vasculari vor putea fi internaţi, fie pentru temă, fie de către medicii reţelei de adulţi, cînd în spitalele raionale, mereu aglomerate, nu se găsesc locuri libere.

De asemenea staţionarul de cardiologie va avea ca sarcină să trieze şi să pregătească bolnavii preoperator cînd li se recomandă intervenţie chirurgicală. In general, trierea şi cercetarea bolnavilor de inimă înainte de a li se face operaţie necesită o serie de investigaţii radiologice, cateterism, analize biochimice etc., care reclamă un număr mare de zile, astfel că serviciile de chirurgie, în urma blocării paturilor respective, nu pot da randamentul maxim; dacă bolnavii ar fi cercetaţi în prealabil într-un staţionar de specialitate, lucrurile s-ar simplifica pentru chirurgi, timpul de spitalizare preoperatoare s-ar scurta şi randamentul acestora ar creşte.

b) *Laboratoare de cercetări: fiziologice, fiziopatologice, anatomo-patologice şi biochimice* în vederea studiului ştiinţific al bolilor cardio-vasculare.

In felul acesta va putea spori calitativ nivelul ştiinţific şi vor putea fi pregătite cadre de nădejde.

c) *Serviciu social şi statistic,* care va studia profilul patologic în specialitate, va cerceta variaţiile morbidităţii şi mortalităţii prin boli cardio-vasculare şi va observa efectele produse de măsurile organizatorice aplicate în reţea.

d) *Centrul* va avea ca sarcină să colaboreze cu *şcolile de recalificare profesională a bolnavilor cardio-vasculari,* în vederea realizării deziderateleor expuse mai sus.

3. *Serviciile de consultaţii* pentru bolnavii de inimă şi vase vor lua fiinţă în etape, pe măsura creării cadrelor de specialitate.

La început vor trebui să se organizeze:

a) *Servicii de consultaţii pe lîngă policlinicile din toate raioanele Capitalei,* legate funcţional cu ASCAR, cu un mod unitar de a privi problemele, aplicînd un sistem de lucru organizat şi elaborat de un colectiv de conducere, care va avea rolul de îndrumător tehnic şi de control.

b) *Servicii de consultaţii pe lîngă spitalele din oraşele de reşedinţă regionale,* legate funcţional de centrele universitare apropiate, vor asigura asistenţa bolnavilor cardio-vasculari din regiunea respectivă pînă la etapa ultimă de înfiinţare.

c) *Servicii de consultaţii cardio-vasculare pe lîngă fiecare raion din ţară.* Bolnavii vor găsi astfel o îngrijire calificată. De asemenea, vor putea fi cercetate problemele locale, precum şi cauzele favorizante apariţiei bolilor cardio-vasculare.

Profilaxia va deveni o realitate, aducîndu-şi contribuţia sa reală, eficace, în lupta contra bolilor de inimă, cauza cea mai frecventă de invaliditate a unui număr impresionant de cetăţeni, de toate vîrstele, dar cu precădere printre cei cu o înaltă calificare profesională, în munci de răspundere şi la conducerea statului.

Realizarea acestor propuneri de bază va însemna un pas hotărîtor în rezolvarea celei mai importante probleme de patologie umană.

Este cu totul insuficient, în stadiul actual de organizare medico-socială din Republica noastră democrată să ne rezumăm la tratamentul ambulatoriu şi în staţionare al bolnavilor cronici cardio-vasculari, invalizi pe tot restul vieţii.

Punînd jaloanele unei profilaxii serioase, lucrînd sistematic la rezolvarea problemelor de ordin social şi de organizare a igienei muncii, vom rezolva, în mare parte, una dintre cele mai grave probleme de sănătate publică.

Acestei probleme a bolilor cardio-vasculare trebuie să i se acorde tot sprijinul, pentru a fi rezolvată, creîndu-i-se organe eficiente de lucru în Capitală şi în ţară.

Institutului de cardiologie îi revine obligaţia să formeze cadre bine calificate, să îndrumeze tehnic serviciile de cardiologie din ţară şi să studieze — la un nivel înalt — problemele cardio-vasculare, elaborînd norme de lucru pentru medicii cardiologi.

Inceputul modest creat acum 10 ani, o dată cu înfiinţarea ASCAR şi organizarea unor servicii de consultaţii cardiologice în şase raioane din Capitală a urmat, la scurt interval, naşterea şcolii romîneşti de chirurgie cardio-vasculară, cu rezultate excelente.

Acest început promiţător va fi urmat — aşa cum este proiectat şi de Ministerul Sănătăţii — de o amplificare a eforturilor organelor de conducere, în sensul celor arătate mai sus, pentru ca îngrijirea medicală şi asistenţa socială a celui mai numeros lot de bolnavi cu afecţiuni cardio-vasculare să se facă la un nivel superior în institute şi staţionare de specialitate, astfel ca, şi realizările ce vor urma să corespundă acuităţii problemei cardiologiei pe un plan profilactic, curativ şi de asistenţă socială.

Articol intrat în redacţie în august 1956.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТРАДАЮЩИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

П. Андрееску

L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE CARDIO-VASCULAIRE

P. Andreescu

THE ORGANIZATION OF CARDIO-VASCULAR ASSISTANCE

P. Andreescu

ORGANISATION DER BETREUUNG DER HERZ- UND GEFÄSSKRANKEN

P. Andreescu

Oncologia şi relaţiile ei cu celelalte specialităţi

Dr. Al. Trestioreanu
Institutul oncologic — Bucureşti

Situaţia actuală a luptei împotriva cancerului ridică o serie de probleme de o deosebită importanţă, atît pentru marea masă a medicilor, cît mai ales pentru forurile de conducere. Din bogăţia de date şi argumente rezultate dintr-o preocupare sistematică şi o cunoaştere adîncită a problemelor luptei anti-canceroase se desprind, cîteva din cauzele care au dus la o situaţie dificilă în acest domeniu. În rîndurile care urmează am vrea să exprimăm un punct de vedere în ceea ce priveşte necesitatea existenţei acestei specialităţi şi poziţia oncologiei faţă de celelalte discipline medicale, deoarece credem că la baza tuturor deficienţelor constatate stă, cel mai adesea, înţelegerea greşită a utilităţii importanţei şi rolului oncologiei şi specialistului oncolog în acţiunea de combatere a cancerului şi a stărilor precanceroase.

Într-adevăr, apariţia în ţara noastră a noţiunii de oncologie şi oncolog—o dată cu înfiinţarea, în 1949, a Institutului oncologic din Bucureşti şi mai apoi a filialelor sale în centrele universitare—a fost privită de foarte mulţi cu indiferenţă şi neîncredere faţă de noul care nu şi-a făcut încă proba valorii sale şi cu ideea preconceputâ că este vorba de un aspect limitat al asistenţei medicale, care nu se poate orienta decît către executarea de acte terapeutice paliative, într-o afecţiune sortită de la început eşecului. Faptele însă, rezultat al unei activităţi organizate şi al studiului aprofundat şi multilateral al bolii canceroase în Institutul oncologic, desfăşurate în condiţii nu totdeauna uşoare, au venit să demonstreze ceea ce era de multă vreme cunoscut în alte ţări, şi anume că problema este mult mai complexă decît se bănuia şi că metodologia şi desfăşurarea acţiunii de luptă împotriva cancerului, sub diversele ei laturi, nu pot fi încredinţate decît unor cercetători şi practicieni avizaţi, grupaţi în jurul unei specialităţi. În felul acesta, oncologia a început să se afirme şi a încercat să-şi ocupe locul care i se cuvenea faţă de importanţa mereu crescîndă, dovedită de numărul din ce în ce mai mare de cazuri, a obiectului său de studiu şi acţiune: cancerul cu problemele sale; s-a

izbit însă, în mod permanent, de rezervele şi chiar de rezistenţa celor care aveau datoria, poate, s-o pună în adevărata ei valoare.

S-a spus că oncologia nu-şi găseşte necesitatea, întrucît cancerul nu cruţă nici un organ sau ţesut şi se întîlneşte în toate specialităţile, iar specialiştii respectivi sînt cei mai calificaţi să-l trateze în condiţiile cele mai optime, deoarece nu au a se ocupa decît de un număr limitat de localizări. Aceasta spre deosebire de oncologie, care nu ar avea capacitatea să îmbrăţişeze cu toată competinţa variabilitatea de forme şi localizări ale cancerului. Este argumentul adus cel mai adesea de specialităţile chirurgicale care se ocupă şi se vor ocupa şi de aici înainte de tratamentul cancerului, foarte adesea, cu autoritatea unei experienţe îndelungate în problemă. O analiză mai adîncă a faptelor arată însă că acest fel unilateral de a judeca lucrurile nu poate condamna şi exclude o ramură a medicinei care este astăzi o realitate de necontestat.

Este adevărat că toţi medicii, în domeniul lor de activitate, întîlnesc un număr mai mare sau mai mic de cancere pe care sînt obligaţi să ştie să le recunoască şi să le trateze. Dar pot ei oare aprofunda suficient boala canceroasă, fie chiar numai în numărul limitat de aspecte sub care se prezintă într-o specialitate dată? Uneori da, însă numai pe anumite laturi ale ei, şi anume, îndeosebi pe latura terapeutică. Or, nu este vorba de a aborda o problemă de gravitate a cancerului exclusiv sub aspectul terapeutic. Dacă totuşi lucrurile se întîmplă încă aşa, explicaţia credem că stă în faptul că oricare din specialităţile cunoscute trebuie ca, în afară de cancer, să se mai ocupe şi de alte afecţiuni, a căror greutate specifică este în mod necesar dominantă, astfel încît problema tumorilor şi, în special, a celor maligne este adesea lăsată pe un plan secundar. In acest fel, cu toate eforturile merituoase ale unor specialişti izolaţi, chiar numai acest aspect singular al actului terapeutic rămîne încă în suferinţă. Şi aceasta pentru că nu s-a reuşit încă să se înţeleagă că succesul terapeutic în cancer, ca în oricare alte afecţiuni, nu poate fi realizat numai prin executarea corectă şi cu orice preţ a unor gesturi tehnice, radiologice sau chirurgicale şi că este nevoie de ceva mai mult, şi anume de cunoaşterea indicaţiei terapeutice, cea mai adecvată cazului dat, de alegerea celui mai favorabil moment de aplicare a tratamentelor, de cunoaşterea limitelor de acţiune ale armei terapeutice folosite etc. Mentalitatea unor chirurgi care consideră cancerul ca fiind exclusiv de resortul bisturiului în oricare din localizările abordabile şi, uneori, chiar în oricare din fazele lui evolutive, sau a unor radiologi care cred că în momentul de faţă iradierea singură poate obţine rezultatele cele mai bune este nu numai nejustă, dar chiar dăunătoare. Pentru aceasta, oncologia, prin preocupările ei de natură să-i permită adîncirea şi cunoaşterea tuturor acestor aspecte, poate da răspunsul cuvenit cu competinţa unei specialităţi care este preocupată exclusiv de o singură afecţiune, oricît de polimorfă şi ubicvitară ar fi ea.

S-a repetat deseori că în aceste condiţii ar fi inutil să se ajungă la crearea unei specialităţi, ci ar fi suficient să se creeze o unitate spitalicească de studiu clinic şi experimental al cancerului care, pe baza experienţei căpătate, să traseze norme obligatorii pentru toţi medicii. Lăsînd la o parte faptul că aceasta conţine în sine însăşi ideea de specialitate, pe probleme de cancer, soluţia nu este nici pe departe su-

ficientă. Nu vrem să afirmăm astfel că tratamentul cancerului trebuie să aparţină în mod exclusiv oncologiei, deoarece nu ar fi, nici drept, nici posibil. Idealul în lupta de combatere a acestei boli este ca toţi medicii să ştie să trateze în mod absolut corect cancerul în specialitatea respectivă, oncologia venind să completeze unele lipsuri şi să promoveze cercetarea pe diferitele laturi ale tratamentului.

Dar, pe de o parte, nu aceasta este situaţia în momentul de faţă, atît la noi cît şi în alte ţări, iar pe de altă parte cancerul nu ridică numai probleme terapeutice, ci are şi alte aspecte mult mai complexe, de ordin metodologic şi medico-social pe care în mod sigur, specialităţile care se ocupă „şi de cancer", nu le pot în nici un caz cuprinde.

In primul rînd este vorba de necesitatea urmăririi sistematice şi periodice a bolnavilor canceroşi trataţi. Or, se ştie că actualmente această urmărire nu se execută decît sporadic şi pentru cazuri izolate, în funcţie de interesul pe care anumiţi specialişti îl au pentru unii bolnavi mai deosebiţi, obiect al unor lucrări personale, valoroase poate prin problemele pe care le ridică, dar care foarte adesea nu cuprind fenomenul în desfăşurarea lui. Aşa se explică de ce chiar unii din specialiştii cei mai de seamă, atunci cînd sînt puşi în situaţia de a-şi prezenta rezultatele de durată, nu pot veni cu date cifrice exacte şi controlabile, ci trebuie să se mărginească la consideraţii generice, uneori prea subiective, fapt care scade mult din valoarea lucrărilor prezentate ; aceasta din cauza lipsei mijloacelor de a pune în aplicare un control postterapeutic sistematic şi eficace sau, aşa cum se întîmplă de foarte multe ori, din cauza neglijării importanţei urmăririi sistematice a bolnavilor. Dar pe lîngă acest aspect al controlului, ca măsură de apreciere a rezultatelor, există un altul, nu mai puţin important, al scopului propriu-zis, pentru care trebuie executat acest control, şi anume prevenirea apariţiei recidivelor şi, în anumită măsură, a metastazelor şi descoperirea şi tratarea lor în fazele de început. Este vorba de controlul pus în slujba bolnavului, singurul mod în care este justificat şi îşi poate atinge adevăratele lui scopuri. Pentru aceasta însă este nevoie să se cunoască în amănunt importanţa problemei, căile şi mijloacele de a o pune în aplicare şi de a avea la îndemînă instrumentele necesare pentru a putea obţine rezultatele urmărite. Au oare celelalte specialităţi preocuparea şi posibilitatea de a face sistematic ceea ce trebuie în această direcţie pe problemele specifice ridicate de cancer ? In mod sigur, nu. Iată de ce oncologia preocupată de bolnavul canceros, şi nu numai de un moment anumit al evoluţiei bolii, vine să umple un gol, să completeze o lipsă esenţială în combaterea bolii.

In al doilea rînd, oncologia are de rezolvat, atît pe plan clinic, cît şi organizatoric, probleme de diagnostic precoce, de profilaxie a cancerului, prin studiul condiţiilor de apariţie şi al factorilor de mediu fizic, social şi profesional şi, totodată, îndrumarea combaterii aşa-numitelor stări precanceroase, de profilaxie şi combatere a eşecurilor terapeutice, aspecte oarecum neglijate de celelalte specialităţi, care nu au totdeauna putinţa să le aprofundeze şi să încerce să le rezolve. Exemple pentru a ilustra această afirmaţie s-ar putea da nenumărate, pentru oricare din localizările cancerului. Amintim numai insuficienta cunoaştere a elementelor diagnosticului precoce. De pildă, de situaţia bolnavului care face o reci-

divă după un tratament oarecare, recidivă pe care practicianul respectiv nu o mai poate rezolva prin metoda terapeutică aplicată inițial, chirurgul trimițînd cazul la radiolog și radiologul la chirurg sau renunțîndu-se pur și simplu la orice încercare de a mai trata bolnavul, fie chiar numai cu caracter paliativ. Or, normal ar fi fost ca terapeutul, în specialitatea sa, să cunoască indicațiile și să știe să recomande tratamentul cel mai potrivit, radiologic, chirurgical, hormonal sau chimic, pe aceste două din urmă executîndu-le eventual singur. Dar lucrurile nu se întîmplă totdeauna așa, întrucît atenția sa nu poate fi reținută numai de cancer și problemele lui. Este motivul pentru care astăzi se recurge chiar la sfatul și serviciile oncologiei, căreia i se recunoaște în felul acesta caracterul de specialitate.

În fine, în ceea ce privește cercetarea științifică, trebuie spus că, dacă aceasta poate și este efectuată, adesea cu rezultate remarcabile dar desigur fragmentare, și de alte specialități, totuși oncologiei îi revine sarcina de a face îmbinarea teoriei cu practica și în foarte multe cazuri de a iniția și conduce diferitele lucrări.

În afară de cele spuse pînă acum, și aceasta trebuie considerată ca fiind un argument de o majoră importanță, singură oncologia este în măsură să studieze, să propună și să conducă pe plan metodologic și organizatoric lupta împotriva cancerului, deoarece, cunoscînd boala cu problemele ei și știind care este greutatea specifică a diferitelor localizări, știe să se orienteze corect, să coordoneze eforturile și să îndrepte acțiunea în modul cel mai potrivit și mai eficace.

Iată numai cîteva din motivele pentru care credem că oncologia trebuie considerată ca o specialitate bine definită, cerută de numărul din ce în ce mai mare de cazuri, impusă de realitățile terenului. În momentul de față, cînd recunoașterea și consfințirea oncologiei ca specialitate nu mai este nici o problemă în alte țări, ci un fapt împlinit în toate țările înaintate, cînd la Paris, de exemplu, prof. J. Bernard a inaugurat recent o nouă catedră (a treia în ordine cronologică) de „canceriologie medicală și socială", nu se poate să nu se înțeleagă și la noi că este momentul să se acorde importanța cuvenită acestei specialități și să i se dea tot sprijinul necesar pentru a se putea dezvolta pe măsura sarcinilor grele pe care le are de rezolvat. Numai astfel vor putea fi evitate situațiile de neînțeles, ca, de exemplu, opozițiile față de cererile repetate de a pregăti cadre proprii de specialiști, rezistențele față de organizarea în condiții optime și de dezvoltarea rețelei de oncologie etc.

Ar putea să se înțeleagă, din cele prezentate că, în ceea ce privește relațiile dintre oncologie și celelalte specialități, acestea nu pot fi decît de concurență sau de antagonism. Este ideea care persistă încă în mintea multor specialiști care văd în oncologie o disciplină care încearcă să acapareze problema cancerului și să și-o ia în mod exclusiv asupra sa. Nu este nimic mai greșit decît acest mod de a privi lucrurile. S-a afirmat în repetate rînduri și s-a susținut cu tărie de către cei care s-au atașat de oncologie și care-i cunosc în fond problemele că lupta împotriva cancerului este o sarcină a întregii rețele medico-sanitare și că ea trebuie dusă organizat, într-o colaborare perfectă a tuturor ramurilor medicinei. Nici nu poate fi deci vorba de concurență sau monopol. Într-adevăr, pe de o parte oncologia nu ar putea și nici nu ar avea dreptul să depis-

teze şi să trateze toate cazurile de cancer descoperite, rolul ei fiind ca, în colaborare cu ceilalţi specialişti, să fixeze indicaţia de tratament, să trateze ceea ce poate trata singură şi să îndrume celelalte cazuri către serviciile cele mai bine utilate, pentru a face ceea ce este necesar. Încrederea pe care oncologia o acordă din acest punct de vedere chirurgiei, de exemplu, poate fi măsurată şi prin orientarea dată actualmente dispensarelor oncologice de la noi, ale căror staţionare sînt afectate în primul rînd radioterapiei. În continuare, pe plan terapeutic şi organizatoric, oncologia ţine evidenţa bolnavilor şi execută controlul medical periodic şi sistematic, făcînd apel la ceilalţi specialişti ori de cîte ori este nevoie şi luînd măsurile necesare în caz de apariţie a recidivelor sau metastazelor. Din această colaborare cei care au de profitat sînt în primul rînd bolnavii şi în al doilea rînd celelalte specialităţi. Bolnavii, pentru că sînt trataţi corect şi la timp, iar celelalte specialităţi pentru că, bazîndu-se pe experienţa şi cunoştinţele date de oncologie, execută actele terapeutice cele mai potrivite şi, folosindu-se de posibilităţile pe care aceasta le are, îşi pot revedea bolnavii, corecta eventualele deficienţe şi îmbunătăţi substanţial rezultatele terapeutice.

Pe de altă parte, graţie directivelor metodologice şi măsurilor organizatorice complexe îndrumate de unităţile de oncologie se ajunge la prevenirea bolii, prin ridicarea nivelului sanitar al populaţiei şi ameliorarea condiţiilor de mediu, precum şi la descoperirea unui număr din ce în ce mai mare de bolnavi în stadii incipiente, curabile radical, fapt de care beneficiază îndeosebi specialiştii respectivi, a căror experienţă se îmbogăţeşte astfel progresiv.

Iată de ce oncologia, nu numai că nu mai trebuie privită ca o „cenuşereasă a medicinei", ci, dimpotrivă, trebuie sprijinită şi ajutată să se dezvolte, căci, fără să ştirbească cu nimic din drepturile celorlalte specialităţi, le ajută la rîndul ei într-o colaborare rodnică, al cărui scop ultim este combaterea prin toate mijloacele a apariţiei bolii şi vindecarea celor atinşi de această gravă afecţiune.

Articol intrat în redacţie în octombrie 1956.

ОНКОЛОГИЯ И ЕЕ ОТНОШЕНИЯ С ОСТАЛЬНЫМИ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМИ

А. Трестиоряну

L'ONCOLOGIE ET SES RAPPORTS AVEC LES AUTRES SPÉCIALITÉS

A. Trestioreanu

ONCOLOGY AND ITS RELATIONSHIP TO OTHER MEDICAL BRANCHES

A. Trestioreanu

DIE ONKOLOGIE UND IHRE BEZIEHUNGEN ZU DEN ANDERN FÄCHERN DER MEDIZIN

A. Trestioreanu

Cîteva considerații privind aplicarea graficului ciclic

Dr. **L. Fotescu**, medic-șef al Secției sanitare a regiunii București

Unificarea spitalelor cu policlinicile, dispensarele de circumscripție și dispensarele de întreprindere, efectuată în 1951, a însemnat un serios pas înainte în ocrotirea sănătății publice.

Graficul de muncă bifazic adoptat cu această ocazie nu a corespuns însă totdeauna și pretutindeni necesității de a ridica la un nivel corespunzător cerințelor, calitatea asistenței medicale în policlinică și staționar.

Dezideratul principal al unificării, reprezentat prin creșterea accesibilității și calității asistenței medicale, orientarea profilactică a rețelei sanitare și ridicarea nivelului profesional al cadrelor medicale nu a fost pe deplin realizat.

Succesele cucerite prin unificare nu au reușit să mascheze lipsurile, datorită în mare parte unor greșite orientări organizatorice.

Studierea aprofundată, revizuirea critică a cauzelor acestor lipsuri, a dus la necesitatea experimentării unui alt grafic de muncă, graficul ciclic.

Graficul ciclic, ca și orice altă formă de organizare a muncii, se fundamentează pe două feluri de elemente:

1. principiale;
2. materiale.

Elementele principiale constau din principiile de bază, teoretizarea, pe baza căreia s-a făcut aplicarea practică a metodei.

Baza materială la rîndul ei este formată din:

a) instituțiile în cadrul cărora se desfășoară munca după noua formulă;

b) cadrele medicale cărora li se adresează și care aplică metoda.

Socotim ca inutilă înșiruirea formală a principiilor fundamentale ale graficului ciclic, ele fiind cuprinse în totalitate, în scrisoarea metodologică.

Este interesant însă de analizat modul cum au fost respectate aceste principii și în cazul cînd nu au fost integral respectate, care au fost condițiile locale care au determinat unele schimbări de la linia trasată.

In această privință pot sta ca exemplu cele două spitale (Călărași și Giurgiu din regiunea București), în care s-a aplicat graficul ciclic în 1955.

Astfel, pentru Spitalul Călărași, a cărui policlinică se află la o distanță mare de staționar, și mai ales pentru rețeaua de pediatrie de la Spitalul Călărași, care, din lipsa cadrelor medicale, lucrau în trifazic, avînd circumscripții medicale cu un teritoriu întins, unele situate la o mare depărtare de staționar cu neconcordanță între capacitatea staționarului și numărul medicilor consultanți, trecerea la graficul de muncă ciclic se impunea și a însemnat desigur un cîștig.

Pentru Spitalul Giurgiu, a cărei policlinică se află în incinta spitalului, problema distanței nefiind un motiv, trecerea la ciclic a fost dictată de cu totul alte motive, în special de necesitatea îmbunătățirii schemei de cadre a rețelelor de obstetrică-ginecologie și pediatrie, care nu-și

puteau rezolva problemele de acoperire a terenului în bifazic şi de nevoia de a corecta unele greşeli organizatorice, ca, de exemplu, aceea de a lăsa neunificate dispensarele de întreprindere.

Deşi motivele schimbării graficului de muncă, după cum se vede, au fost diferite pentru cele două spitale, şi la unul şi la celălalt, s-au făcut însă o seamă de greşeli cu ocazia aplicării graficului ciclic.

De exemplu :

1. rotaţia medicilor din staţionar în policlinică, la un număr egal de luni ;
2. întreprinderile nu au fost cuprinse în noul sistem de muncă ;
3. medicii şcolari au fost excluşi de la rotaţia în staţionar ;
4. nu s-a respectat principiul de circumscripţie în deservirea bolnavilor la policlinică ;
5. nu s-a urmărit realizarea conducerii unice în circumscripţie.

Unele din aceste greşeli pot fi explicate prin faptul că nu s-a făcut o serioasă pregătire, în prealabil, a tuturor problemelor ce se cereau rezolvate cu această ocazie şi prin lipsa unei temeinice documentări şi însuşiri a scrisorii metodologice.

Altele, însă, ţin direct de imposibilitatea de a se găsi o formulă echitabilă în aplicarea unuia sau a altuia dintre principiile de bază.

Astfel, *aplicarea principiului conducerii unice în cadrul circumscripţiei* presupune existenţa, ca titular al circumscripţiei, a unui medic cu o înaltă calificare profesională, care să aibă autoritatea necesară coordonării muncii şi stabilirii relaţiilor funcţionale între reţelele de specialitate care-şi desfăşoară activitatea în cadrul aceleiaşi circumscripţii teritoriale.

Nu totdeauna însă medicul din reţeaua de adulţi, care normal şi firesc ar trebui să fie conducătorul circumscripţiei, îndeplineşte aceste condiţii.

In unele unităţi medicii cei mai bine pregătiţi sînt reţinuţi în staţionar, considerîndu-se mai necesară îngrijirea bolnavilor cu forme avansate de boală şi desfăşurarea procesului de reîmprospătare şi îmbogăţire a cunoştinţelor şi experienţei clinice a cadrelor medicale, sarcina depistării bolnavilor în stadiul lor precoce, funcţional şi aplicarea măsurilor profilactice, fiind încredinţată celor mai tineri, care nu pot realiza însă conducerea unică a circumscripţiei teritoriale.

In alte cazuri, însăşi încadrarea reţelei de adulţi nu permite realizarea acestui deziderat organizatoric.

In ceea ce priveşte *respectarea principiului de circumscripţie,* scrisoarea metodologică arată categoric că „perioada de activitate neîntreruptă în circumscripţie şi în întreprindere nu poate fi mai mică de 8 luni" şi precizează că, „după terminarea stagiului în staţionar, fiecare medic consultant se va întoarce în mod obligatoriu în circumscripţia sa. Acolo unde nu există această posibilitate, sistemul ciclic nu poate fi admis, întrucît păstrarea principiului de circumscripţie în deservirea bolnavilor de la policlinică este condiţia obligatorie pentru introducerea noului grafic în muncă". Aceste principii esenţiale au scăpat atenţiei celor care au aplicat graficul ciclic în cele două spitale din regiunea noastră, permiţîndu-se rotaţia la paritate, fapt care a dus practic la crearea a doi medici de circumscripţie.

Consfătuirea de la Giurgiu din 5—6 octombrie 1956 privind analiza graficului ciclic în regiunea Bucureşti a scos în evidenţă aceste greşeli, dar, deşi a încercat să redea o imagine a realizărilor obţinute în ocrotirea sănătăţii, după aplicarea graficului ciclic, nu a reuşit să constituie o analiză aprofundată şi critică a elementelor noi aduse de graficul ciclic în organizarea muncii.

Indicii prezentaţi de Spitalele Călăraşi şi Giurgiu, cu variaţii pozitive de minimă importanţă, uneori cu variaţii negative, nu pot fi atribuiţi categoric şi direct aplicării graficului ciclic şi nu au fost în concordanţă cu concluziile favorabile, oarecum premeditate, privind superioritatea acestui grafic.

Timpul de analizat era de altfel şi prea scurt pentru a se putea trage concluzii valabile şi definitive.

O bună parte din argumentele prezentate cu această ocazie pentru motivarea concluziilor legate de superioritatea graficului ciclic nu pot fi puse de fapt pe seama acestuia.

De exemplu, instruirea şi verificarea personalului medico-sanitar prin cursuri, repartizarea prin rotaţie şi fixarea orei de program a medicilor şefi de secţii şi consultanţi principali în policlinică, consultaţiile profilactice, aplicarea regimului curativ de protecţie, constituirea brigăzilor complexe etc., nu au nici o legătură directă cu ciclicul.

În schimb pot fi socotite ca realizări pozitive determinate de aplicarea graficului ciclic:

a) reducerea aglomerării în policlinică, prin programarea consultaţiilor de la ora 8 dimineaţa;

b) creşterea numărului de vizite active;

c) cunoaşterea mai aprofundată a teritoriului şi a fenomenelor sanitare din teritoriu;

d) îmbunătăţirea evidenţei şi în general creşterea nivelului calitativ al asistenţei medicale, atît în staţionar, cît şi în policlinică, determinată de creşterea nivelului profesional al cadrelor, prin continuitatea în muncă şi o mai raţională utilizare a orelor de producţie şi mai ales de faptul că acelaşi medic urmăreşte bolnavul, şi în teren, şi după ce l-a examinat în policlinică;

e) relaţiile funcţionale dintre reţele, deşi s-au îmbunătăţit, nu pot fi puse pe seama graficului ciclic, atîta vreme cît nu s-a realizat efectiv conducerea unică în circumscripţie;

f) în ciclic, cei doi factori care stau faţă în faţă în desfăşurarea muncii pentru ocrotirea sănătăţii, şi anume bolnavul şi medicul au avut de cîştigat.

Medicul a cîştigat timpul şi liniştea necesară unei aprofundări a problemelor care constituie în ansamblul lor munca sa, iar bolnavul este beneficiarul direct şi interesat al adînciri acestor probleme.

Aceasta este în esenţă, credem, realizarea cea mai de seamă.

Considerăm că îmbunătăţirea unora dintre indici este datorită indirect graficului ciclic, şi anume numai condiţiilor noi de muncă, create cu această ocazie, prin regruparea şi creşterea numărului de cadre din schemă.

Elementele materiale de care depinde graficul ciclic

Sub aspectul părerii cadrelor care dau viaţă acestei metode de muncă, graficul ciclic poate fi privit din două unghiuri diferite:

1. de pe poziţia medicului de circumscripţie;
2. de pe poziţia medicului din staţionar.

Majoritatea medicilor de circumscripţie teritorială privesc graficul ciclic ca pe o metodă care le-a lărgit categoric posibilităţile de acoperire a problemelor de circumscripţie, atît în policlinică, cît mai ales în teren, dar legîndu-i de policlinică şi teren, i-a îndepărtat de munca din spital, considerată ca adevărata muncă medico-ştiinţifică.

Medicii consultanţi de staţionar, în totalitatea lor, socotesc graficul ciclic ca o metodă net superioară graficului bifazic, realizîndu-se prin ea o mai raţională utilizare a timpului de muncă oglindită, în ultima analiză, într-o creştere calitativă a asistenţei medicale în staţionar, datorită prezenţei în permanenţă a medicului consultant în spital.

După aceştia din urmă, singurul aspect negativ al acestui grafic este necesitatea ca medicul consultant să lucreze prin rotaţie din cînd în cînd în policlinică.

De fapt există cîteva probleme care se cuvin să fie dezbătute în mod deosebit:

1. Care sînt criteriile după care să fie repartizaţi medicii consultanţi în circumscripţie, ţinînd seama de dorinţa celor mai mulţi dintre ei de a lucra în staţionar şi de aspectul schemelor de cadre medicale, în unele reţele, care nu permit o rezolvare uşoară şi obiectivă a problemei?

2. Care este situaţia pe plan ierarhic a medicului titular de circumscripţie, în lumina unei corecte aplicări a graficului ciclic?

Intr-adevăr, în postura de conducător unic al circumscripţiei, medicului de circumscripţie teritorială din reţeaua de adulţi îi incumbă o serie de sarcini care fac din el un adevărat organizator de sănătate în circumscripţia lui.

El trebuie să realizeze colaborarea cu reţeaua sanitaro-antiepidemică, colaborarea cu şi între medicii diferitelor servicii şi reţele, atît din punct de vedere profilactic, cît şi curativ, el trebuie să realizeze transpunerea pe plan organizatoric a necesităţii de a cunoaşte complexul organism-mediu, prin studiul organizat şi amănunţit al mediului de muncă şi mediului familial.

In sistemul bifazic, cei doi medici ai unei circumscripţii unificate îşi furnizau reciproc datele asupra morbidităţii, asupra mediului, a familiei, a fenomenelor demografice etc.

In sistemul ciclic medicul de circumscripţie urbană unificată trebuie să efectueze muncă profilactică şi curativă în acelaşi timp, să cunoască în amănunt starea sanitară a populaţiei din circumscripţia sa, factorii de mediu fizic extern şi geografico-cosmici din teritoriul pe care-l deserveşte, să studieze indicii demografici, morbiditatea cu şi fără pierdere temporară a capacităţii de muncă, să ţină o strînsă legătură cu conducerile întreprinderilor, organizaţiilor de masă şi activul sanitar de masă, să cunoască munca statistică, într-un cuvînt să devină „şeful" circumscripţiei sale.

În această situaţie este lesne de înţeles că poziţia medicului consultant de circumscripţie din reţeaua de adulţi este cu totul deosebită de a tuturor celorlalţi medici consultanţi şi s-ar cuveni să fie privită ca atare, atît din punct de vedere al ierarhiei, cît şi al salarizării.

S-ar putea astfel înlătura, în bună măsură, fuga medicului consultant de munca în circumscripţie şi lupta pentru intrarea în staţionar, pe care ciclicul a declanşat-o.

În cadrul aceloraşi elemente de ordin material se mai pune încă o nouă problemă :

Posibilităţile de lucru ale medicului de circumscripţie, pe plan profesional, în situaţia organizatorică actuală a policlinicilor noastre.

Dacă teritorializarea duce la ridicarea nivelului profesional al medicului, prin faptul că-i dă posibilitatea de a cunoaşte structura fiziopatologică a populaţiei din circumscripţia pe care o deserveşte, în schimb, baza materială necesară desfăşurării unei munci ştiinţifice în policlinică este foarte slab asigurată, fapt care a dus la părerea greşită că munca în policlinică nu îmbogăţeşte bagajul de cunoştinţe profesionale, ci, dimpotrivă, duce la automatizarea muncii, la şablonarea prescripţiilor medicale şi, în ultimă analiză, la plafonarea nivelului ştiinţific al medicului.

Iată, între altele, de ce socotim ca puţin fericită ideea scoaterii cabinetului de circumscripţie din policlinică şi aducerea lui în mijlocul teritoriului, adică ruperea medicului de condiţiile de muncă din policlinică şi înapoierea la vechile condiţii ale circumscripţiei urbane de altădată.

Pentru aceleaşi motive sîntem şi împotriva punctelor avansate, care dacă, din punct de vedere organizatoric şi funcţional, corespund cabinetului de consultaţii, în schimb din punct de vedere tehnic, prin izolarea lor, se găsesc într-o situaţie inferioară cabinetelor de circumscripţie din policlinică.

Sub aspectul dotării se acordă şi astăzi policlinicii o importanţă minoră.

S-ar cuveni o revizuire a concepţiei conducătorilor de unităţi spitaliceşti unificate, asupra rolului pe care îl joacă policlinica în ridicarea nivelului tehnic-profesional al cadrelor medicale şi să se asigure policlinicilor aparatura şi în general dotarea corespunzătoare cerinţelor etapei în care ne aflăm.

Cunoaşterea simptomatologiei de debut a afecţiunilor cu indice de depistare încă ridicat trebuie să fie susţinută de posibilitatea investigaţiilor de laborator şi radiologice, ca şi de ajutorul armat cu aparatură modernă al specialiştilor fără de care nu se poate concepe desfăşurarea unei adevărate munci ştiinţifice.

Policlinica trebuie să devină ea însăşi un loc de cercetare ştiinţifică de care medicii consultanţi să se lege în viitor cu toată încrederea.

În felul acesta, unind sistemul de muncă din unităţile spitaliceşti cu concepţia despre muncă a oamenilor, vom avea rezultate care sînt legate, un numai de formule organizatorice, ci şi de înţelegerea celor care concurează la aplicarea acestor formule.

Fără acest lucru aplicarea graficului ciclic apare formală, teoretică şi ruptă de viaţă.

Concluzii

1. Introducerea graficului ciclic trebuie să se facă viu, renunţîndu-se la aplicarea mecanică a protocolului încheiat iniţial, la unităţile intrate în ciclic şi ţinîndu-se cont mai mult de problemele majore care se nasc din însăşi procesul de muncă, respectîndu-se bineînţeles principiile de bază ale acestei metode.

2. Se impune verificarea situaţiei medicului titular de circumscripţie, pentru a fi puse de acord drepturile cu obligaţiile.

3. Se impune, de asemenea, reconsiderarea problemei dotării materiale (aparatură, instrumentar, cadre de specialişti) a policlinicilor, pentru asigurarea posibilităţilor de lucru pe baze ştiinţifice.

4. Este necesară reîmprospătarea cunoştinţelor statistice ale medicilor, pentru studierea, pe baze concrete, a stării de sănătate a populaţiei din teritoriul deservit.

Graficul ciclic realizînd o mai bună organizare a muncii este metoda indicată de lucru, pentru unităţile care întrunesc condiţiile necesare aplicării lui.

Să nu uităm însă că graficul de muncă cel mai bun este cel care este susţinut de eforturile comune ale tuturor cadrelor, reuşita sau compromiterea unui sistem de organizare a muncii fiind direct şi necondiţionat legată de conştiinţa, devotamentul şi străduinţele celor ce muncesc, oricare ar fi graficul de muncă adoptat.

Articol intrat în redacţie în octombrie 1956.

ПО ПОВОДУ ВНЕДРЕНИЯ ЦИКЛИЧЕСКОГО ГРАФИКА

Л. Фотеску

QUELQUES CONSIDÉRATIONS, CONCERNANT L'APPLICATION DU GRAPHIQUE CYCLIQUE

L. Fotescu

CONSIDERATIONS ON THE APPLICATION OF THE CYCLIC GRAPH IN THE SANITARY NETWORK

L. Fotescu

EINIGE BEMERKUNGEN ZUR ANWENDUNG DER ZYKLISCHEN ARBEITSWEISE

L. Fotescu

*Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă**

Dr. **D. Plopeanu** de la Direcţia statistică a Ministerului Sănătăţii

Scopul final al activităţii medico-sanitare este desigur ameliorarea treptată şi continuă a stării de sănătate a populaţiei. Acest fenomen complex pe care-l numim „starea de sănătate" are cîteva componente îndeajuns de cunoscute în reţeaua sanitară, şi anume: aspectele demografice (natalitate, mortalitate, numărul şi structura populaţiei, migraţiile etc.), morbiditatea şi dezvoltarea fizică a populaţiei. Fiecare din aceşti factori îşi are importanţa sa bine stabilită, şi ar fi greu să stabilim ponderea specifică a fiecăruia dintre ei, în efectuarea unei analize complexe şi aprofundate a „stării de sănătate a populaţiei", mai ales cînd aceasta se referă la masele largi ale populaţiei (analiza pe raioane, regiuni sau pe ţara întreagă).

Cînd însă se pune problema determinării „stării de sănătate" a unei colectivităţi mai restrînse (muncitori din întreprinderi, copiii din şcoli etc.), indiscutabil că în acest caz se poate face o diferenţiere între cei trei factori principali. In aceste cazuri, înclinăm să considerăm că morbiditatea este elementul esenţial care poate realiza o imagine fidelă cu privire la sănătatea celor ce formează colectivitatea respectivă. Dacă datele demografice şi cele privitoare la dezvoltarea fizică a populaţiei nu pot fi utilizate cu succes în analiza sănătăţii muncitorilor din întreprinderi, în schimb, însă, morbiditatea poate caracteriza mult mai bine şi precis acest fenomen.

Pe de altă parte, pentru ca munca practică a cadrelor medico-sanitare să fie eficientă, pentru ca măsurile luate sau planificate să poată fi orientate într-un sens curativo-profilactic, trebuie neapărat să se bazeze pe un studiu amănunţit şi ştiinţific al morbidităţii.

Dată fiind importanţa pe care o are acest indicator al sănătăţii populaţiei, este bine şi este necesar să se dezbată această problemă, avînd convingerea că în cele din urmă va aduce cu sine un interes mai mare al cadrelor medicale, pentru determinarea şi urmărirea acestui fenomen.

Există mai multe şi diferite metode de a se studia morbiditatea, fiecare din ele avînd avantajele şi dezavantajele ei. Obiectul nostru îl constituie cercetarea morbidităţii salariaţilor din întreprinderi, pe baza certificatelor de concediu medical.

La noi în ţară, dezvoltarea rapidă a întreprinderilor şi creşterea numărului de salariaţi a adus cu sine problema asigurării asistenţei medicale respective şi urmărirea sănătăţii lor. Incepînd din 1951 s-a introdus urmărirea incapacităţii temporare de muncă în întreprinderi, pe baza prelucrării certificatului de ajutor de boală.

Articolul „Cîteva probleme ale analizei morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă" al dr. Huszar vine să facă cîteva precizări în această problemă, arătînd care sînt avantajele pe care le prezintă

---

* Articolul de faţă se publică în continuarea discuţiei iniţiate pe problema morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, în revista „Ocrotirea sănătăţii", 1956, nr. 4.

această metodă de a cunoaşte „morbiditatea" din întreprinderi, cu scopul de a de termina o discuţie largă în presa medicală. Tocmai din acest punct de vedere credem că este necesar ca de la început să facem cîteva precizări în această direcţie, şi anume, socotim că este bine să se clarifice conţinutul noţiunilor de bază utilizate.

Morbiditatea reprezintă, în mod unanim recunoscut şi acceptat, frecvenţa îmbolnăvirilor pe o perioadă dată şi la o populaţie dată. Starea de morbiditate (o altă noţiune are si un alt cuprins) se referă la numărul de îmbolnăviri existente la un moment dat. Şi într-un caz şi într-altul unitatea statistică de bază este, fie cazul nou de îmbolnăvire fie cazul existent.

Dacă aşa stau lucrurile, atunci în nici un caz studiul morbidităţii (în înţelesul unanim acceptat) din întreprinderi, nu se poate efectua pe baza incapacităţii de muncă, unde unitatea statistică o formează certificatul de ajutor de boală. Certificatul care nu reprezintă, nici numărul de îmbolnăviri noi, nici numărul de îmbolnăviri existente la un moment dat. De aceea, considerăm că ar fi necesar să se facă o separaţie netă între aceste două noţiuni : morbiditatea din întreprinderi şi incapacitatea de muncă din întreprinderi.

Dr. Huszar are dreptate în acest sens, propunînd să nu se mai utilizeze termenul de „analiză a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă", ci acel de „analiză a concediilor medicale". Dar, deşi se afirmă acest lucru, în repetate rînduri se revine în articol la ideea că certificatele medicale reprezintă totuşi „morbiditatea" din întreprinderi, ceea ce nu este decît o contrazicere şi poate cu siguranţă produce mai departe confuzii în teren. Aceasta pentru că certificatele nu pot indica frecvenţa îmbolnăvirilor sau numărul lor, ci doar cîte concedii noi s-au acordat. Amintim din nou că un bolnav poate avea pentru aceeaşi boală mai multe concedii într-un an.

Incapacitatea temporară de muncă este urmărită în general, cu ajutorul a trei indici : frecvenţa, gravitatea şi durata medie a concediilor. Priviţi fiecare în parte, aceşti indici nu pot folosi medicului „pentru a lua măsuri urgente", deoarece aceşti indicatori scapă de fapt esenţialul : îmbolnăvirile noi care nu sînt încă în faza de incapacitate temporară de muncă.

Indicele de frecvenţă nu arată decît proporţia de concedii noi (şi nu cazuri noi) la 100 de salariaţi. Acest indice, avînd drept bază lista nouă de plată (certificat iniţial), nu poate scoate în evidenţă decît frecvenţa cu care s-au eliberat aceste certificate iniţiale şi nicidecum frecvenţa îmbolnăvirilor. Mai mult chiar, utilizîndu-se acest indicator, s-ar putea întîmpla ca medicul să fie indus în eroare, neştiind dacă frecvenţa ridicată la o anumită cauză se datoreşte unor bolnavi noi sau unor bolnavi vechi, care au luat din nou concedii medicale. De asemenea, medicul nu poate cunoaşte cazurile uşoare de îmbolnăviri şi care nu au determinat încă incapacitatea temporară de muncă.

Cercetările efectuate pînă în prezent au confirmat pe deplin constatarea că morbiditatea reală, obţinută după consultaţiile curente, este în general de două—cinci ori mai mare decît numărul de concedii noi acordate.

Deci, indicele de frecvenţă al concediilor noi nu permite cunoaşte-

rea nici a îmbolnăvirilor noi într-o colectivitate, a numărului lor existent, a structurii lor, deci în ultima analiză, nu permite medicului să utilizeze şi, mai ales, să stăpînească ceea ce se cheamă „morbiditate".

Indicele de gravitate arată cîte zile de incapacitate au revenit la fiecare 100 de salariaţi. Importanţa sa rezidă, în special, în faptul că poate arăta care sînt grupele de afecţiuni care determină cele mai multe zile de incapacitate temporară de muncă în întreprindere. Nici acest indicator nu poate scoate în evidenţă frecvenţa îmbolnăvirilor, numărul sau structura lor, astfel încît şi acesta, din punct de vedere al „morbidităţi reale" nu reprezintă un element care să permită interpretarea acesteia, cu atît mai mult cu cît o eventuală creştere a indicelui s-ar putea datori unei munci susţinute profilactice în întreprindere (prin acordarea unor concedii profilactice).

Indicele de gravitate foloseşte în special la problemele de asigurări sociale, de care desigur medicul nu trebuie să fie rupt.

Indicele de durată medie a concediului nu permite, de asemenea, o analiză a „morbidităţii" din întreprindere, dar, mai mult chiar, formula sa de calcul (se raportează toate zilele de concediu doar la concediile noi) demonstrează că nu poate fi folosit cu mare succes chiar şi la o analiză strictă a concediilor medicale.

Din cele de mai sus credem că se poate desprinde faptul că certificatul medical de ajutor de boală nu se pretează la o analiză a „morbidităţii" din întreprinderi şi că axarea muncii medico-sanitare din punctele de sănătate din întreprinderi pe aceste date nu va duce la o cunoaştere şi combatere concretă şi promptă a morbidităţii.

Certificatul medical nu poate arăta decît un singur aspect al morbidităţii, şi anume măsura în care bolnavii din întreprindere au ajuns în faze noi de incapacitate temporară de muncă. Sîntem de acord că şi „concediile medicale leagă strîns activitatea medicală cu viaţa economică, adică cu importanţa materială a pagubelor cauzate de boli pentru societate". In schimb, nu mai putem fi de acord că statistica concediilor medicale oferă medicului posibilitatea unei analize reale a legăturilor dintre morbiditate şi condiţiile de muncă ale salariaţilor, deoarece defectul său principal este că nu se referă tocmai la ceea ce trebuie analizat, adică morbiditatea.

Aşa stînd lucrurile această statistică a concediilor nu credem că ar putea fi „operativă" şi că ar permite „să se vadă imediat orice schimbare mai însemnată în starea de sănătate a salariaţilor şi să se ia deci măsuri urgente". Socotim că schimbările survenite în starea de sănătate a muncitorilor nu se văd operativ, imediat, deoarece această statistică a incapacităţii temporare de muncă prinde cazurile de boală numai în faza lor de incapacitate de muncă, deci tardiv şi nu imediat. In plus, analiza lunară a datelor, aşa cum este preconizată de autor, nu credem că este eficientă, schimbările de la o lună la alta fiind în general neconcludente. Nici chiar analiza trimestrială nu furnizează de multe ori elemente suficiente pentru o analiză a incapacităţii temporare de muncă. In legătură cu aceasta menţionăm că analiza incapacităţii temporare de muncă pe baza celor trei indici amintiţi mai înainte este totuşi posibilă semestrial, indicele de durată figurînd în dările de seamă semestriale.

Un alt aspect al problemei statisticii incapacităţii temporare de muncă, îl constituie desigur codul pe 20 de cauze de incapacitate.

Dacă se încearcă efectuarea unei analize dintr-un punct de vedere medical, el este indiscutabil complet necorespunzător şi nici nu credem că un alt cod, tot pe 20 de cauze, ar putea folosi la aşa ceva, pentru că acel cod de 20 (alte boli) va reprezenta în continuare tot 25—30% din total. Propunerea făcută de dr. Huszar considerăm că n-ar putea rezolva problema prin regruparea respectivă, iar cele 1—2 locuri libere n-ar face decît să complice lucrurile.

Problema codului are însă, şi un alt dezavantaj, şi anume faptul că se cere ca certificatul să fie codificat de unitatea care-l emite. Medicii spitalelor şi policlinicilor lucrînd în mod curent cu alt cod decît cel de 20 cauze, se întîmplă destul de frecvent ca operaţia de codificare să fie greşit făcută, atît în certificat, cît şi în fişa individuală de consultaţii. De aceea, considerăm că este bine venită propunerea de a înlocui specificarea de caz nou cu cea de concediu nou şi am propune să se renunţe la codificarea certificatului de către unitatea care l-a emis.

In concluzie, considerăm că morbiditatea din întreprinderi, ca şi cea privind populaţia în genere, nu poate fi studiată decît pe baza observării cazului nou de îmbolnăvire şi a bolnavului după consultaţiile curente.

Analiza morbidităţii din întreprinderi nu se poate face fără a fi comparată cu morbiditatea şi mortalitatea teritorială, deoarece numai aşa se poate aprecia în ce măsură condiţiile de muncă influenţează sau nu frecvenţa sau structura îmbolnăvirilor. Această corelare nu poate fi făcută în momentul de faţă.

Morbiditatea generală singură, însă, nu este satisfăcătoare pentru a cunoaşte situaţia reală dintr-o colectivitate sau chiar a populaţiei teritoriale. Această metodă trebuie completată cu studiul morbidităţii pe contingente, adică luînd drept bază, atît individul bolnav, cît şi boala în sine.

In ceea ce priveşte întreprinderile, aşa cum am mai arătat, sănătatea muncitorilor poate fi cunoscută numai urmărind morbiditatea generală şi, acolo unde este posibil, morbiditatea pe contingente. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă poate fi utilizată numai ca o metodă ajutătoare şi în nici un caz ca un element de bază.

Articol intrat în redacţie în noiembrie 1956.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Д. Плопяну

LA MORBIDITÉ AVEC INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

D. Plopeanu

MORBIDITY WITH TEMPORARY INAPTITUDE FOR WORK

D. Plopeanu

DIE MORBIDITÄT MIT VORÜBERGEHENDER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

D. Plopeanu

Aspecte caracteristice ale problemei mortalităţii generale şi creşterea populaţiei mondiale

Adriana Dumitrescu

Mortalitatea generală, ca proces demografic, este condiţionată de nivelul de trai al populaţiei, de o serie de factori sanitari şi de structura pe grupe de vîrstă a populaţiei. Scăderea mortalităţii generale se poate realiza influenţînd unul sau mai mulţi dintre factorii condiţionaţi amintiţi mai sus.

Prin scăderea mortalităţii generale se contribuie la sporirea excedentului natural şi deci la creşterea numărului populaţiei.

Se poate spune că, în decursul istoriei, regulatorul creşterii naturale a populaţiei este constituit în mod esenţial de mortalitatea generală şi mai puţin de natalitate. Rolul deosebit de important jucat în scăderea mortalităţii generale pentru creşterea populaţiei este evident în primul rînd pentru secolele al XVIII-lea şi al XIX-lea. În ultimele două secole, populaţia lumii a înregistrat o creştere numerică fără precedent. Populaţia Europei a crescut de la 200 000 000, cît număra în 1800, la 600 000 000 în 1914. Creşterea nu a fost egală pentru restul lumii, unde progresele ştiinţei şi tehnicii nu au cunoscut avîntul şi răspîndirea din ţările Europei. În felul acesta, de la un sfert din totalul populaţiei lumii, Europa ajunge, în ajunul primului război mondial, să reprezinte o treime din totalul populaţiei globului.

Sporul acesta nemaiîntîlnit al populaţiei, în special europene, se explică, în secolul al XVIII-lea şi începutul secolului al XIX-lea, prin ameliorarea condiţiilor economice şi, în special, prin dispariţia foametei. Începînd apoi cu secolul al XIX-lea şi trecînd în special în secolul al XX-lea, el se datoreşte progresului tehnic şi generalizării măsurilor de sănătate publică, în sensul lor cel mai larg, măsuri pe care le întîlnim în majoritatea ţărilor din Europa. Dar ceea ce trebuie subliniat este faptul că sporul de populaţie în lume, şi îndeosebi în Europa, nu se datoreşte, atît unui spor de natalitate, cît scăderii mortalităţii generale, care atingea în trecut, datorită foametei, epidemiilor şi bolilor cu extindere în masă, cifre uriaşe. Această scădere a mortalităţii generale a fost

Tabelul 1

Natalitatea şi mortalitatea generală în 1901-1905 comparativ cu 1931-1935 (proporţii la 1 000 de locuitori)

Ţara	Natalitate		Mortalitate generală	
	1901—1905	1931—1935	1901—1905	1931—1935
Statele Unite	25,1*	16,9*	14,1**	10,9**
Anglia	28,2	15,0	16,0	12,0
Franţa	21,2	16,5	19,6	15,7
Germania	34,3	16,6	19,9	11,2
Romînia	39,7	32,9	25,8	20,6
Noua Zeelandă	26,6	17,0	9,9	8,2

* 1911—1913.
** 1933—1935.

Extras din: P. Rîmneanţu, Elemente de biometrie medicală şi statistică vitală. Ed. I.C.S. Bucureşti, 1930, p. 188 şi 197.

rezultatul îmbunătăţirii condiţiilor de trai, ca urmare a progreselor ştiinţifice şi tehnice şi a aplicării unor măsuri de sănătate publică.

În primele decenii ale secolului al XX-lea, mortalitatea generală intră într-o fază de reducere foarte lentă şi care este întovărăşită în ţările capitaliste dezvoltate şi de o accentuată scădere a natalităţii, ceea ce, pe plan mondial, duce la o încetinire marcată a ritmului de creştere a populaţiei.

În ultimii ani asistăm însă la realizarea unui excedent natural necunoscut pînă acum, ducînd pe plan mondial la un spor anual de 1,2% faţă de totalul populaţiei mondiale, iar în anumite ţări ridicîndu-se pînă la 3% anual (Mexic, Malta, Brazilia, Porto-Rico, chiar şi Africa de Sud). Explicaţia acestui fenomen surprinzător se găseşte tot în procesul de scădere accentuată a mortalităţii generale. Anume, este vorba de realizarea unei scăderi vertiginoase a mortalităţii generale, pe baza cîtorva progrese medicale, în ţări cu o mare natalitate.

Dacă, însă, în prima perioadă de mare excedent natural de acum două secole, scăderea mortalităţii generale era rezultatul creşterii nivelului de trai, al ameliorării lente a condiţiilor de viaţă, în special din punct de vedere social-economic şi mai puţin sanitar, astăzi asistăm la o altă condiţionare a procesului de scădere a mortalităţii generale: fără a se realiza îmbunătăţirea condiţiilor de trai — fapt aproape imposibil în condiţiile de exploatare de tip colonialist în care se află majoritatea acestor ţări — scăderea mortalităţii generale a fost obţinută aici numai prin aplicarea pe scară largă a cîtorva măsuri de sănătate publică.

Astfel, un exemplu elocvent îl constituie combaterea paludismului în Ceylon, unde acum 10 ani, două treimi din populaţie era paludică. Malaria deci, împreună cu toate consecinţele sale variate de slăbire a organismului, ducea la o mortalitate generală foarte ridicată. În decursul a trei campanii antipaludice, bazate pe folosirea insecticidelor cu acţiune remanentă (DDT), indicele de mortalitate generală a scăzut de la 20,3 în 1953 la 10,9 în 1954, indice inferior celui al Franţei, fără ca situaţia social-economică a Ceylonului să fi suferit vreo îmbunătăţire semnificativă în această perioadă.

În astfel de ţări intervine cu rol de asemenea pozitiv, pe lîngă factorii sanitari propriu-zişi, şi cel de-al doilea factor cu mare influenţă în determinarea mortalităţii populaţiei: structura pe grupe de vîrstă. Într-adevăr, dacă în ţările de tip european, scăderea continuă a mortalităţii generale se loveşte acum de o rezistenţă din ce în ce mai marcată din cauza „îmbătrînirii" populaţiei, în ţările dependente şi coloniale, scăderea continuă şi accentuată a mortalităţii este posibilă datorită compoziţiei mai tinere a populaţiei.

Pînă recent, cu tot handicapul unei proporţii apreciabile de bătrîni, ţările capitaliste dezvoltate aveau, datorită nivelului de trai mai ridicat şi măsurilor de sănătate publică aplicate pe scară foarte largă, o mortalitate generală mult inferioară celei a ţărilor dependente şi coloniale, cu toate că acestea aveau o populaţie cu mult mai tînără. O dată, însă, cu generalizarea măsurilor de sănătate publică, factorul „structură pe grupe de vîrstă" este pe cale să preia rolul hotărîtor, întrucît astăzi se găsesc printre ţările cu indicii de mortalitate cei mai scăzuţi din lume, ţări dependente şi coloniale. Dăm în tabelul 2 cîteva cifre ilustrative.

Tabelul 2

Mortalitatea generală în 1911, 1931, 1951, în cîteva țări din lume (proporții la 1 000 locuitori)

Țara	1911	1931	1951
Olanda	14,5	9,6	7,5
Uruguai	14,3	11,0	7,9
Noua Zeelandă (fără maori)	—	9,2*	9,6
Statele Unite	—	11,1	9,7
Porto-Rico	—	—	10,0*
R. F. Germană	17,3	11,2	10,5
Noua Zeelandă (maori)	—	20,7*	10,5
Anglia	14,6	12,3	11,4
Romînia	25,0**	20,5	12,5
Ceylon	34,7	22,1	12,7
Franța	19,6	16,3	12,9
India	32,0	24,7	13,4
Chili	31,9	21,9	15,9
Mexic	33,3	25,9	17,3

* Date din 1936—1938

** Reprezintă situația Vechiului Regat

Extras din: — Rapports. épid. et dem., 1955, vol. 8, nr. 11, p. 520—522. Rapports. épid. et dem. 1954, vol. 7, nr. 6, p. 210.

Datele privind Romînia sînt recalculate pentru actualul teritoriu începînd cu anul 1930 de M.S.

Ținînd seama de factorii care influențează mortalitatea generală și de felul în care se desfășoară acțiunea lor asupra țărilor capitaliste dezvoltate și asupra țărilor capitaliste dependente și coloniale, se pot aprecia perspectivele privind evoluția mortalității generale pe plan mondial.

Astfel, Congresul mondial al populației, care a avut loc în septembrie 1954 la Roma (cu participarea și a țării noastre), a apreciat că țările capitaliste dezvoltate vor cunoaște în evoluția lor o creștere mai mică de populație, în timp ce populația din țările dependente și coloniale va spori în proporții considerabile, parcurgînd în cîteva decenii drumul parcurs de Europa în două secole. După cum arată H. Dijon într-o cronică a acestui congres, publicată în Semaine médicale (1956, nr. 18, p. 609), printre țările slab dezvoltate, adică de tip dependent și colonial, se pot distinge, în mare, patru categorii de evoluție a creșterii populației:

1. scăderea mortalității încă puțin sensibilă, cu o creștere încă moderată a populației în decursul viitoarei generații (în interiorul continentului african);

2. scăderea mortalității mult accentuată, fără a fi întovărășită de o scădere a natalității, ceea ce duce la o mare creștere de populație (este cazul cu aproape toate țările asiatice, care în următorii 30 de ani vor spori într-o mare proporție);

3. scădere apreciabilă a mortalității, întovărășită de o scădere neglijabilă a natalității, ducînd la o creștere mare a populației în decursul generației viitoare, apropiindu-se de 3% pe an (Africa de Sud, Mexic, Brazilia);

4. scăderea mortalității întovărășită de o diminuare mare a natalității. Indicele de creștere a populației va fi mai moderat (Argentina, Japonia).

★

În ceea ce privește țara noastră, acțiunile complexe realizate în anii regimului de democrație populară în vederea scăderii mortalității generale au înregistrat succese remarcabile.

Astfel, dacă între 1930 și 1947, mortalitatea generală s-a menținut în țara noastră la o medie ridicată de 19—20, începînd cu anul 1948 se realizează o scădere apreciabilă a mortalității generale, ajungîndu-se în 1955 la un indice de 9,6, adică obținîndu-se o scădere cu 49,7% a mortalității generale față de cea din 1938. Ca urmare a acestei scăderi masive a mortalității generale, excedentul natural a crescut cu 51,9% față de 1938, atingînd un plafon de 15,8, nemaiîntîlnit la noi în țară. Ținînd seama de evoluția tuturor factorilor implicați în determinarea scăderii mortalității generale și a creșterii populației, se poate prevedea pentru următorii ani o evoluție favorabilă a țării noastre, din punct de vedere demografic.

Articol intrat în redacție în iulie 1956.

PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ŞI OCROTIRE A SĂNĂTĂŢII

Congresul al XV-lea internaţional de istoria medicinei (Madrid 22—29 Septembrie 1956)

Prof. V. L. Bologa
doctor în ştiinţe medicale

In cursul lunii septembrie s-au ţinut în Spania două congrese internaţionale medicale, unul de medicină internă, la care a participat o delegaţie din R.P.R. compusă din academicienii Milcu şi Lupu, altul de istoria medicinei. Delegaţia noastră la al XV-lea Congres internaţional de istoria medicinei era alcătuită de prof. Valeriu Bologa din Cluj, titularul catedrei de istorie a medicinei, dr. Gabriel Barbu de la Centrul de organizare sanitară şi istoria medicinei din Bucureşti şi dr. Dominic Mujnai din Bucureşti.

La 24.IX.1956 au început şedinţele Congresului. La deschiderea festivă şeful delegaţiei R.P.R. a avut ocazia să aducă Congresului, într-un discurs ţinut în limba latină şi încheiat în limba romînă (care a fost foarte bine înţeles de participanţi), salutul patriei noastre. Acest discurs a fost primit cu multă simpatie şi cu un deosebit interes, creînd de la început delegaţiei noastre o atmosferă foarte favorabilă, care s-a menţinut pînă la sfîrşitul şedinţelor. Congresul de istoria medicinei, din anul acesta a fost axat pe trei teme principale : medicina în arte a secolului al XVI-lea; legăturile între ţările iberice şi lumea medicală; medicina arabă. Comunicările au fost deosebit de interesante, în special cele care se refereau la prima temă, la care, o ţară cu tradiţii artistice atît de bogate ca Spania a putut aduce o contribuţie remarcabilă. Ca importanţă ştiinţifică o serie de lucrări din tema despre medicina arabă au permis cunoaşteri noi care vor lăsa urme adînci în literatura medico-istorică. In frunte cu profesorul de istoria medicinei din Madrid, Don Pedro Lain Entralgo, un număr de vreo 30 de cercetători medico-istorici spanioli şi portughezi (citäm printre aceştia îndeosebi pe prof. Luiz de Pina din Oporto) au avut o participare activă la toate şedinţele. Intensă a fost contribuţia savanţilor francezi, italieni, ibero-americani şi germani ; ţările anglo-saxone ; de asemenea, au participat în mod vioi. Remarcăm prezenţa unei delegaţii sovietice în frunte cu savantul profesor din Moscova, Boris Petrov. Din această delegaţie a făcut parte şi prof. Leon Oganesian din Erevan, ale cărui lucrări despre vechile manuscrise medicale armene a stîrnit un interes deosebit. Au participat cu succes o

delegație poloneză și un delegat iugoslav. Era firesc ca întîlnirea acestor delegații cu delegația din R.P.R. să fie cît se poate de strînsă.

In general putem spune că prezentarea delegației R. P. R. la Congres s-a făcut în condiții bune și că rezultatul științific a fost foarte satisfăcător. In discursul rezumativ al președintelui Congresului, la încheierea lucrărilor, după aprecierea contribuției țărilor mari, a urmat imediat o serie de cuvinte deosebit de elogioase la adresa contribuției delegației R.P.R. După ce patria noastră în 1932, prin organizarea celui de-al IX-lea Congres internațional de istoria medicinei în București, își crease un vad în mișcarea medico-istorică universală, această nouă afirmare a noastră la Congresul din Madrid a fost deosebit de utilă. Legăturile care s-au reluat și s-au cimentat sînt prețioase. Ca un fapt nou amintim că prezența unui număr foarte mare de delegați ibero-americani a prilejuit luarea unui contact care promite să dea roade bune cu aceste țări îndepărtate. Delegația braziliană, în frunte cu prof. De Vasconcellos, a insistat îndeosebi ca la Congresul de istoria medicinei panamerican, care se va ține în 1957 în Rio de Janeiro, patria noastră să fie neapărat reprezentată.

Credem că merită să fie menționat faptul că două ședințe, una pe secție și alta plenară, au fost prezidate de delegatul R.P.R. In legătură cu solicitările foarte vii de schimb de publicații medico-istorice trebuie să facem două sugestii.

1. Aproape toate țările prezente la Congres, nu numai cele mari, ci și cele mici (de exemplu Belgia, Venezuela, Cuba), au publicații proprii de istoria medicinei, fie în formă de reviste, fie în formă de anuare. Iugoslavia editează în Zagreb o publicație cumulativă medico-istorică, Polonia va începe în 1957 tipărirea unei reviste poloneze de istoria medicinei. Toate aceste publicații ni se oferă în schimb pentru una similară românească. Credem că ar fi necesar ca în viitor să se publice și în R.P.R. o revistă medico-istorică sau cel puțin un anuar. Material ar fi suficient, la un nivel științific ridicat, interesul în străinătate ar fi mare.

2. Savanții specialiști din străinătate ne-au oferit și ne vor oferi și în viitor, un număr mare din publicațiile lor medico-istorice. Trebuie să fim puși în situația să răspundem la acest schimb. De aceea se impune ca autorii de lucrări medico-istorice românești să primească din articolele lor publicate în revistele noastre cel puțin cîte 100 de extrase cu cîte un rezumat într-o limbă de circulație internațională și ca din volumele mai mari pe care le vor publica în viitor editurile noastre, autorii să poată să trimită un număr corespunzător de exemplare institutelor de specialitate și medico-istoricilor proeminenți din străinătate.

După succesul repurtat și după reluarea legăturilor prin lucrările Congresului din Madrid, sîntem de părere că înființarea unei secții medico-istorice a Societății științelor medicale, cu sediul în București, pe care am propus-o zadarnic, încă în anul trecut, este imperios necesară. Acest lucru ar fi cu atît mai ușor de realizat, întrucît capitala noastră are în COOȘIM un organ metodologic și tehnic pentru istoria medicinei, care poate servi ca un centru în jurul căruia să se cristalizeze activitatea medico-istorică în patria noastră, activitate în care Catedrei din Cluj și Conferințelor din București, Tg. Mureș și Iași le revine un rol important.

Ca încheiere delegația R.P.R. consideră ca o plăcută datorie să mulțumească președintelui Congresului, Don Pedro Lain Entralgo și acti-

vului secretar general dr. Palafox pentru deosebita atenție care au arătat-o la orice ocazie față de ea. Nu putem să nu amintim cu toată căldura pe unul dintre cei mai marcanți membri ai participanților spanioli, prof. Oliver din Saragosa, care încă din 1932 păstrează nostalgia țării noastre și care în tot timpul Congresului s-a ocupat de noi cu deosebită prietenie și căldură. Un cuvînt de recunoștință secretarului general al Societății internaționale de istoria medicinei, profesorul Sondervorst din Louvain și veneratului președinte Wickersheimer din Strassbourg, care ne-au primit cu brațe deschise și ne-au dat toate înlesnirile posibile. La încheierea Congresului s-a ținut ședința obișnuită a Biroului permanent al Societății internaționale de istoria medicinei. Cu acest prilej s-au cooptat noi membri romîni, iar ca reprezentant al R.P.R. în comitetul permanent a fost ales dr. Victor Gomoiu, care este în același timp unul dintre cei doi președinți de onoare ai Societății internaționale de istoria medicinii.

Conform hotărîrii Biroului permanent, viitorul Congres internațional de istoria medicinei se va ține în 1958 la Montpellier. Am mai amintit că că în 1957 va avea loc la Rio de Janeiro Congresul panamerican de istoria medicinei, la care probabil că va fi invitată să participe și țara noastră. Intre 3 și 7 octombrie 1956 Societatea germană de istoria medicinei și a științelor naturii își fixase Congresul anual la Aachen. Prezidiul acestei societăți ne-a invitat să participăm la acest Congres, ceea ce natural că din cauza timpului scurt nu a mai fost posibil. Notăm că la acest Congres, R.P. Bulgaria a fost reprezentată prin dr. Bacargief de la Institutul de organizare sanitară din Sofia. De asemenea am primit din partea Societății germane o invitație oficială pentru 1957.

Menționăm că un memoriu prezentat de prof. M. Halevy din București Biroului societății internaționale de istoria medicinei, în care se sugerează publicarea unui repertoriu internațional al manuscriselor medicale, a fost primit în principiu și se va lua în studiu în colaborare cu Academia internațională de istoria științelor din Paris (în care R.P.R. este reprezentată prin doi membri titulari ai Academiei, dr. V. Gomoiu și dr. V. Bologa).

Merită să fie menționate printre numeroasele manifestări culturale și științifice cu ocazia Congresului, expoziția de cărți medicale vechi, aranjată de Biblioteca universității din Madrid și expoziția de manuscrise medicale arabe din mînăstirea Escurial, care ne-a dat ocazia să admirăm bogăția de documente medico-istorice.

O mențiune specială pentru discuțiile și informațiile în jurul învățămîntului medico-istoric. S-a putut constata că în prezent aproape toate țările posedă catedre și conferințe de istoria medicinei, la care se face un învățămînt complet, în multe cazuri numai facultativ, mai des însă obligatoriu. Deosebit de interesant a fost raportul prof. Luiz de Pina din Oporto, care a arătat că la catedra sa se face în decurs de 3 ani cîte un curs complet de psihologie, de deontologie medicală și, în sfîrșit, de istoria medicinei legate organic între ele. A făcut impresie asupra congresiștilor faptul că în U.R.S.S., Polonia și R.P.R. cursul de istoria medicinei și cel de istoria farmaciei nu este numai obligatoriu, ci și materie de examen. S-a accentuat că acest exemplu ar trebui să fie luat drept model de celelalte țări.

După Congres, legaţia romînă din Paris i-a oferit prof. Bologa posibilitatea să facă o vizită prof. octogenar Jules Guiart la Lyon, care timp de 10 ani a ilustrat catedra de istoria medicinei din Cluj. Elevul a putut să prezinte maestrului venerat, într-un cadru solemn, în faţa decanului Facultăţii de medicină din Lyon şi a preşedintelui Academiei de ştiinţe, litere şi arte din acel oraş, omagiul lumii medicale din Republica Populară Romînă, care păstrează bătrînului savant o amintire plină de recunoştinţă şi admiraţie. Cu ocazia vizitei la Lyon, prof. Bologa a avut prilejul să studieze detailat cele două splendide muzee medico-istorice din acel oraş: muzeul Facultăţii, organizat chiar de prof. Guiart şi cel de la Hotel Dieu, care ocupă o întreagă aripă a celui mai vechi spital lyonez.

La Paris, şeful delegaţiei R.P.R. a avut două întrevederi cu dr. Weismann-Netter, întors de curînd dintr-o călătorie de studii în R.P.R., care este preocupat de strîngerea relaţiilor ştiinţifice dintre Franţa şi R.P.R. S-a discutat în special chestiunea legăturilor dintre medico-istoricii francezi şi romîni.

Articol intrat în redacţie în noiembrie 1956.

XV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

В. Бологa

LE XV-e CONGRES INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

V. Bologa

THE XVth INTERNATIONAL CONGRESS FOR THE HISTORY OF MEDICINE

V. Bologa

DER XV. INTERNATIONALE KONGRESS FÜR GESCHICHTE DER MEDIZIN

V. Bologa

Contribuţia romînească la lucrările celui de-al XV-lea Congres internaţional de istorie a medicinei

Dr. G. Barbu

Contribuţia delegaţiei de medico-istorici din ţara noastră la Congresul al XV-lea de istorie a medicinei a fost dintre cele mai fructuoase.

Iatro-istoricii noştri au prezentat Congresului şase comunicări, şi anume:

a) Un ferăstrăiaş pentru trepanaţii găsit într-un mormînd celt la Galaţii Bistriţei, de prof. V. Bologa, St. Dănilă şi Th. Ghiţan (Cluj).

b) Iconografia medicală romînească din veacul al XVI-lea, de Gh. Brătescu şi V. Manoliu.

c) Rolul lui Isaac Beg, medicul şi ambasadorul lui Uzun-Hassan în Moldova şi ţările vecine, de prof. M. A. Halevy.

d) Colecţia muzeală de istorie a farmaciei din Cluj, de dr. S. Izsak.

e) Centenarul lui Victor Babeş, de conf. I. Ghelerter.

f) Dezvoltarea cercetărilor medico-istorice în R.P.R., de dr. Gh. Barbu.

Fiecare din comunicările noastre a fost tipărită în broşuri separate, cinci dintre ele în limba franceză, iar una în limba germană. Prezentarea lor tipografică, deşi nu a fost dintre cele mai reuşite, a fost totuşi apreciată de congresişti. Mai vrem să menţionăm că delegaţia noastră a fost singura, în afară de gazde, care a prezentat Congresului un material tipărit.

Comunicarea prezentată de prof. V. Bologa, St. Dănilă, Th. Ghiţan (Cluj) asupra unui ferăstrăiaş pentru trepanaţie găsit într-un mormînt celt la Galaţii Bistriţei a stîrnit un deosebit interes. În această comunicare autorii analizează din punct de vedere medico-istoric, un instrument de fier, cu rama semilunară dantelată, găsit într-un mormînt de incineraţie celtică din epoca La Tène C, la Galaţii Bistriţei. În comparaţie cu ferăstrăiaşul identificat de Hollönder ca instrument pentru executarea trepanaţiilor în aceeaşi epocă, cu Kiss-Közseg în Ungaria şi cu instrumentele arabe din evul de mijloc (Abul-Quosim) folosite recent de Cabylii din Africa de Nord, autorii emit ipoteza că şi piesa descoperită la Galaţii Bistriţei trebuie să fie un ferăstrăiaş pentru trepanaţii.

Dacă ipoteza autorilor este justă, ferăstrăiaşul din Galaţii Bistriţei reprezintă, din punct de vedere cronologic, primul instrument de medicină empirică în istoria medicinei noastre.

La discuţiile ce au avut loc la sfîrşitul comunicării au luat parte numeroşi delegaţi. Cu acest prilej au fost emise diferite păreri asupra instrumentarului chirurgical antic, aducîndu-se o serie de precizări dintre cele mai valoroase. Tuturor le-a răspuns prof. V. Bologa, care a adus noi şi interesante date ştiinţifice în legătură cu medicina din orînduirea sclavagistă. Numeroşi savanţi au solicitat trimiterea unor mulaje ale ferestrăiaşului pentru colecţiile lor muzeale, întrucît acest obiect medico-istoric este un exemplar dintre cele mai rare din istoria chirurgiei.

Comunicarea cercetătorilor G. Brătescu şi V. Manoliu din Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei asupra „Iconografiei medicale romîneşti din veacul al XVI-lea" a fost mult apreciată. În lucrarea lor, cei doi autori prezintă 21 de reproduceri după monumentele secolului al XVI-lea, atît în Transilvania, cît şi în Moldova şi Ţara romînească ; frontispicii de cărţi medicale, portrete de medici etc. Unele imagini reproduc fresci cu teme medicale din bisericile Moldovei de nord ; sfinţi fără arginţi, precum şi alţi sfinţi vindecători, scene de vindecări miraculoase, naşteri de sfinţi etc. Aceste imagini sînt o mărturie a concepţiilor dominante în medicina romînească din acea epocă, adînc pătrunsă de spiritul teologic.

Lucrarea prof. M. A. Halevy „Rolul lui Isaac-Beg, medicul şi ambasadorul lui Uzun-Hassan în Moldova şi în ţările vecine" a fost urmărită cu o mare atenţie de către congresişti.

Una dintre cele mai ciudate, dacă nu dintre cele mai interesante figuri din epoca renaşterii şi a umanismului a fost Isaac-Beg, medicul

şahului turcoman Uzun-Hassan al Persiei. Acesta fusese însărcinat de către stăpînul său către 1470 cu misiunea diplomatică de a organiza o coaliţie ofensivă a popoarelor europene împotriva lui Mahomed al II-lea, cuceritorul Constantinopolului. Isaac-Beg, pe care actele din arhivele Italiei îl desemnează ca „Natione Hispanus, fide autem Hebreus" şi ca „magnus orator et medicus illustrissimi D.D." nu trebuie confundat cu savantul său omonim Isaac Espana care a fost şi el mai tîrziu medic în Europa răsăriteană.

Isaac-Beg a avut un însemnat rol pe lîngă Ştefan cel Mare şi Matei Corvin şi probabil, şi în Polonia. Activitatea sa medicală şi diplomatică, aşa cum reiese din documente şi din noile cercetări, lămureşte numeroase puncte mai puţin cunoscute ale istoriei raporturilor contemporane, atît culturale, cît şi politice.

Comunicarea dr. S. Iszak „Colecţia muzeală de istoria farmaciei din Cluj" aduce o serie de elemente interesante pentru cunoaşterea istoriei farmaciei din ţara noastră. Această colecţie muzeală se păstrează în localul Farmaciei „Sf. Gheorghe" din veacul al XVI-lea. Colecţia muzeală conţine un material bogat provenit din vechile farmacii din Transilvania şi este alcătuită din vase de lemn, faianţă, sticlă, ceramică din veacurile XVII-XIX, o bibliotecă farmaceutică din veacul al XVII-lea şi al XVIII-lea, liste de medicamente tipărite în mai multe limbi etc. Colecţia mai cuprinde de asemenea, numeroase obiecte din trecutul terapiei populare romîne şi maghiare din Transilvania.

Un mare interes a provocat şi comunicarea conf. I. Ghelerter intitulată „Centenarul lui V. Babeş". Cu prilejul comemorării Centenarului naşterii lui Victor Babeş (1854) şi al împlinirii a 30 de ani de la moartea sa (1926), autorul schiţează viaţa şi opera marelui savant. Pe calea deschisă de geniul lui Pasteur, Victor Babeş trebuie să fie considerat ca unul dintre fondatorii ştiinţei bacteriologice, dar uriaşa sa activitate ştiinţifică a depăşit limitele acestei specialităţi. Victor Babeş a adus o nouă concepţie care este o adevărată sinteză a microbiologiei cu histopatologia într-o epocă în care în bacteriologie predominau concepţiile analitice.

Ultima comunicare a fost a doctorului G. Barbu din cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei în care era analizată „Dezvoltarea cercetărilor medico-istorice în R.P.R.". S-au menţionat elementele care au determinat avîntul luat de cercetările medico-istorice în patria noastră, prin crearea unor catedre de specialitate la toate institutele medicale de învăţămînt superior din ţară, prin înfiinţarea Centrului de organizarea ocrotirii sănătăţii şi istoriei medicînei, alcătuirea Cercului de comunicări şi referate de istoria medicinei, precum şi prin largi posibilităţi de publicare a lucrărilor de specialitate. Această comunicare s-a încheiat, arătîndu-se că medicii istorici din ţara noastră sînt decişi să folosească „toate prilejurile pentru a reînnoda şi dezvolta legăturile internaţionale ale mişcării medico-istorice romîneşti, convinşi fiind că aceasta reprezintă o condiţie indispensabilă a progresului ştiinţei şi o contribuţie modestă, dar utilă, la cauza înţelegerii dintre intelectualii din diferite ţări".

Apelul făcut în comunicarea noastră pentru dezvoltarea legăturilor

ştiinţifice internaţionale a fost primit cu căldură de participanţii şi îndeosebi de medico-istoricii din America latină.

Atît prin comunicările făcute, cît şi prin intervenţiile sale la numeroasele discuţii, aportul delegaţiei romîne la cel de-al XV-lea Congres de istoria medicinei poate fi considerat pozitiv. Faptul că şeful delegaţiei noastre, prof. V. Bologa, a avut cinstea să prezideze o şedinţă de secţie şi o şedinţă plenară arată preţuirea deosebită de care s-a bucurat ţara noastră. În discursul său, preşedintele Comitetului executiv al Congresului, prof. P. Lain Entralgo, a elogiat activitatea iatro-istoricilor romîni, demonstrînd încă o dată însemnătatea aportului ţării noastre la cel de-al XV-lea Congres internaţional de istoria medicinei.

Articol intrat în redacţie în noiembrie 1956.

ВКЛАД РУМЫНСКОЙ ШКОЛЫ В ТРУДЫ XV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Г. Барбу

LA CONTRIBUTION ROUMAINE AUX TRAVAUX DU XV-e CONGRÈS INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

G. Barbu

THE RUMANIAN CONTRIBUTION TO THE WORK OF THE XVth INTERNATIONAL CONGRESS FOR THE HISTORY OF MEDICINE

G. Barbu

DER BEITRAG RUMÄNIENS ZU DEN ARBEITEN DES XV. INTERNATIONALEN KONGRESSES

G. Barbu

---

200 de ani de la înfiinţarea Spitalului „Sf. Spiridon" din Iaşi

Dr. V. Manoliu

De curînd s-au sărbătorit 200 de ani de la înfiinţarea spitalului orăşenesc clinic de adulţi din Iaşi, cunoscut înainte vreme sub numele de Spitalul central „Sf. Spiridon" — după numele bisericii în jurul căreia s-a clădit — sau, mai simplu, „Spiridonia".

Această mare unitate spitalicească din capitala Moldovei a fost şi este una din instituţiile care au adus o însemnată contribuţie la combaterea bolilor şi menţinerea sănătăţii oamenilor muncii din ţara noastră. Prin munca plină de abnegaţie a personalului sanitar care a lucrat aici s-a creat un puternic curent de medicină practică, ceea ce face posibil ca acest spital să devină baza clinică a noii facultăţi de medicină din Iaşi în 1879 şi astfel să contribuie într-o şi mai mare măsură la soluţionarea problemelor sanitare din patria noastră.

In cursul celor 200 de ani de activitate, acest spital a avut o viaţă

zbuciumată. De la simpla bolniță mănăstirească a ajuns spital pentru ciumați, ca apoi să devină un cunoscut spital căutat de cei suferinzi și reorganizat de o serie de bărbați luminați și înzestrat cu cele necesare să fie diriguitorul întregii vieți sanitare a Moldovei.

Clădirile principale ale spitalului se află și astăzi în jurul bisericii cu hramul Sf. Spiridon, clădită de Ștefan Bosie, Vasile Ruset și Anastasie Lipscanu în jurul anilor 1752—1757, probabil pe fundamentul unei biserici mai vechi. Cum și cînd s-a ajuns ca în jurul acestei biserici să se facă încăperi speciale pentru bolnavii săraci, care să fie transformate ulterior în spital, este o problemă viu discutată între istorici; unii susțin că cei trei ctitori, zidind biserica pe locul și temelia unei biserici mai vechi care avea bolniță, nu au făcut altceva decît să reconstituie ceea ce au găsit; alții, bazați pe unele hrisoave, mai ales de la domnitorul Ioan Teodor Calimach, afirmă că spitalul a început să se zidească după terminarea bisericii și a fost terminat abia prin 1764, dată după cum rezultă din unele documente că au fost îngrijiți în acest spital primii bolnavi și că s-a deschis farmacia acestui așezămînt spitalicesc.

Problema precizării care este adevăratul ctitor al Spitalului „Sf. Spiridon" a fost destul de dificilă. Mulți istorici consideră că spitalul a fost fondat de domnitorul Moldovei Constantin Cehan Racoviță la 1 ianuarie 1757, ei bazîndu-se pe hrisovul pe care acest domnitor îl dă la această dată și în care spune, printre altele... „și am socotit de lipsă un lucru prea trebuincios țării acesteia la acest oraș și scaun domnesc, ce pînă acum nu s-au căutat a fi spitale... deci cu bun sfat și cu bună alegere s-au socotit și s-au pus la cale ca să facă spitaluri la mînăstirea nouă, ce din nou s-au zidit aicea în orașul Iași, a sfîntului ierarh și de minuni făcătorul Spiridon".

Lucrările lui G. Băileanu cu privire la istoricul fondării acestui spital au adus date noi în privința ctitoriei. El a formulat și susținut prin documente teza că ctitoria acestui spital aparține lui Ștefan Bosie și că domnitorul Constantin Cehan Racoviță, prin hrisovul sus-citat, nu a făcut decît să întărească această ctitorie [1]. Totuși, hrisovul din 1 ianuarie 1757 nu-și pierde din importanță prin aceea că în el sînt arătate pentru prima dată mijloacele materiale, ale noului spital, puse la dispoziție de domnitorul Constantin Cehan Racoviță, printre care moșia domnească și salinele din Tg. Ocna, cît și moșia de la Galați. Cu acest prilej se stabilește ca administrarea spitalului să fie făcută de breasla negustorilor din Iași prin epitropii săi controlați la sfîrșitul anului de vel-logofăt, vel-postelnic, vel-spătar și vel-vistiernic. Partea referitoare la administrarea spitalului are o mare asemănare cu administrarea spitalelor din Muntenia și acest fapt nu este întîmplător, deoarece Constantin Cehan Racoviță cunoștea spitalele Munteniei, unde a fost un timp domn.

Spitalul „Sf. Spiridon", prin daniile pe care le primește ulterior din partea celor avuți, își mărește averea și își conturează astfel mai bine activitatea. Cînd a izbucnit epidemia de ciumă din Moldova (1769—1771), spitalul din jurul mănăstirii Sf. Spiridon adăpostea bolnavii de ciumă. Aici a lucrat vestitul epidemiolog rus Gustav Orracus, care ne-a lăsat mărturie despre starea sanitară a țării și activitatea acestui spital, prin

[1] *G. Băileanu* — Evoluția juridică a epitropiei „Sf. Spiridon" de la 1757 la 1800, Iași, 1929

celebra sa lucrare editată la Petrograd în 1784, „Descriptio pestis, quae anno 1770 in Iassi et 1771 in Moscua grassata est".

Acum apar din documentele vremii, numele primilor medici şi farmacişti care au lucrat în acest spital. Cercetările întreprinse recent de conf. P. Pruteanu au completat mult lista personalului medical care a activat în cadrul Spiridoniei pînă în vremea Regulamentului organic.

Epidemia de ciumă a trecut repede, viaţa şi-a reluat cursul normal, veniturile provenite din exploatarea celor săraci au crescut simţitor şi unii din marii boieri înmulţesc prin daniile lor averea acestui aşezămînt, închinîndu-i întinse moşii, cît şi biserici cu metoacele lor. Daniile făcute Spitalului „Sf. Spiridon" constituie neîncetat motiv de ceartă între urmaşii donatorilor, pînă la 1785, cînd se hotărăşte ca nimeni să nu se mai amestece în administrarea averilor mănăstirii sau ale spitalului „Sf. Spiridon" din Iaşi, iar din averea ce s-a acumulat să se asigure sumele necesare bunului mers al spitalului. Acum se separă retribuţia pe care o primea medicul personal al domnului, care era şi arhiiatros, de cea a spitalului, şi se stabileşte ca acesta să nu mai aibă nimic de a face cu spitalul, iar farmacia devine şi farmacia oraşului Iaşi. Personalului medical i se fac o serie de înlesniri şi, conform acestei hotărîri, ei vor fi numiţi de epitropii aşezămîntului.

In general, starea acestui spital a rămas aceeaşi, de la importantele hotărîri luate în 1785 pînă la aplicarea prevederilor incluse în Regulamentul organic. Cu această ocazie, prin noile măsuri care s-au luat, Spitalul „Sf. Spiridon" este subordonat Comitetului central al caselor obşteşti, în faţa căruia epitropia va da socoteală pentru bunul mers al spitalului, întreţinerea bolnavilor şi a cheltuielilor pe care le face. Prin acest regulament se stabileşte ca numărul paturilor să fie de 120, specificîndu-se că din surplusul realizat se pot crea noi paturi. Femeile bolnave vor fi separate de bărbaţi, iar internarea se va face cu avizul epitropilor, care vor trebui să nu facă greutăţi cînd se vor afla paturi libere. In privinţa igienei se insistă în mod deosebit să se introducă un sistem de ventilaţie în spital şi să se instaleze o baie pentru bolnavi. Personalul medical va fi stabilit în raport cu necesităţile spitalului, iar protomedicul va fi dator să controleze acest aşezămînt de două ori pe an.

In 1846, la Spitalul „Central" din Iaşi se începe o vastă campanie de modernizare, în urma raportului făcut de doctorul Gh. Cuciureanu ca rezultat al călătoriei sale de studii în străinătate pentru a se documenta asupra organizării aşezămintelor spitaliceşti de acolo. Observaţiile sale sînt redate în lucrarea sa apărută la Iaşi în 1842, sub titlul: „Descrierea celor mai însemnate spitaluri din Germania, Englitera şi Franţa spre introducerea planului pentru urzirea unui spital central în Iaşi". Lucrările au fost conduse de arhitectul Cobelca; el şi-a luat angajamentul ca totul să fie gata în decurs de 3 ani, dar ele merg încet din cauza lipsei de materiale. O dată terminate, Spitalul „Sf. Spiridon" din Iaşi poate să-şi deschidă cele patru secţii repartizate astfel: două secţii medicale, dintre care una cu numele de secţia de primire, una chirurgică-operativă şi una sifilitică. Numărul paturilor se măreşte simţitor prin noile construcţii şi ajunge la 194 în 1851, ca să se prevadă pentru anul următor 300 de paturi, dar care nu se vor putea obţine decît mult mai tîrziu.

După ce ia ființă „Societatea de medici și naturaliști din Iași" în 1830, medicii Spitalului „Sf. Spiridon" duc o activitate susținută în cadrul ei. Comunicările lor sînt legate de activitatea practică spitalicească și înscriu astfel primele comunicări medicale originale în țara noastră. În jurul acestei societăți și a revistei editată de ea, se va grupa școala medicală ieșană, în frunte cu medicii Spitalului „Sf. Spiridon".

Ca urmare a unirii Moldovei cu Muntenia, serviciile sanitare a celor două principate se unifică în 1862 și cînd statul dorind să supravegheze mai bine administrația celor două mari spitale din țară, pendinte de Eforia spitalelor civile din București și Epitropia Casei „Sf. Spiridon", se promulgă în 1868 regulamentul privitor la administrarea acestora, cărora li se fixau bazele de administrare conform regulilor contabilității generale a statului și au fost supuse controlului Ministerului de Interne.

Spitalul „Sf. Spiridon" va cunoaște o nouă etapă de organizare începînd cu anul 1882, cînd epitropia va pune la dispoziția tinerei facultăți de medicină din Iași, secțiile sale spitalicești pentru a servi ca bază clinică învățămîntului. Învățămîntul medical din cadrul Spitalului „Sf. Spiridon" continuă astfel o veche tradiție de pregătire a cadrelor medicale, deoarece o serie de medici, cum au fost N. Negură și L. Russ, medici primari ai spitalului, cu mulți ani înainte, au organizat un început de învățămînt medical, prin cursurile lor de chirurgie. Pentru a putea satisface noile cerințe impuse de învățămîntul medical modern, în cadrul Spitalului „Sf. Spiridon" se ridică noi clădiri și se refac cele existente. Introducerea concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante la acest așezămînt, rigurozitatea lor, obligativitatea candidaților de a fi la curent cu noile cuceriri ale medicinei moderne, fac ca personalul medical al Spitalului „Sf. Spiridon" să fie la înălțimea cerințelor impuse de practica medicală. Conducerea catedrelor de unele dintre personalitățile cele mai reprezentative ale vieții medicale din țara noastră aduce Facultății de medicină din Iași un renume binemeritat.

Războiul din 1916—1918 a adus Spitalului „Sf. Spiridon" numeroase pagube. Rămînînd singurul spital mare care să asigure îngrijirea populației civile, atît din orașul Iași, cît și din teritoriul rămas liber, și avînd sarcina de a satisface și necesitățile frontului, aparatura și clădirile spitalului se degradează simțitor.

Datorită neînțelegerilor guvernelor burgheze care s-au perindat la cîrma țării după primul război mondial, spitalul trece prin momente grele, fapt care amenință chiar existența Facultății de medicină din Iași. Planul de refacere și construcția noilor clădiri destinate clinicilor durează mult peste termenele fixate. Datorită autorității științifice și prestigiului de care se bucura Facultatea de medicină și prin sprijinul acordat de Epitropia „Sf. Spiridon" s-au putut reglementa totuși o serie de situații critice.

Cel de-al doilea război mondial și-a lăsat și el urmele pe bătrînul spital al Iașului. Grație unei munci susținute din partea organelor de resort și ajutat de muncitorimea din Iași, acest vechi așezămînt spitalicesc s-a refăcut repede, creîndu-se condiții favorabile pentru un nou avînt în munca de spital și de cercetare științifică.

Articol intrat în redacție în octombrie 1956.

200 ЛЕТ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ ЯССКОЙ БОЛЬНИЦЫ „СФЫНТУ СПИРИДОН"

В. Маноли́у

200 ANS DEPUIS LA FONDATION DE L'HOPITAL ST. SPIRIDON DE JASSY

V. Manoliu

THE 200th ANNIVERSARY OF THE „ST. SPIRIDON" HOSPITAL IN JASSY

V. Manoliu

200 JAHRE SEIT DER GRÜNDUNG DES KRANKENHAUSES „ST. SPIRIDON" IN JASSY

V. Manoliu

Profesorul Gheorghe Z. Petrescu, iatro-istoriograf romîn 1874—1954

Dr. **Al. Gh. Raicovicianu** şi dr. **Odysseus Apostol**

Ştiinţa medicală şi îndeosebi iatro-istoriografia romînească a pierdut la 13 noiembrie 1954 pe unul dintre valoroşii săi membri, pe doctorul Gheorghe Z. Petrescu, fost profesor de istoria medicinei la Bucureşti între 1925 şi 1938.

Tatăl său, medicul general profesor doctor Zaharia Petrescu, elev şi cunoscut colaborator al lui Davilla, a fost şi el pentru scurtă vreme profesor de istoria medicinei şi apoi de materia medicală şi terapeutică. Mama sa, Iosefina Petrescu, era fiica doctorului Thiermann care a făcut practică multă vreme la Spitalul „Filantropia" din Bucureşti.

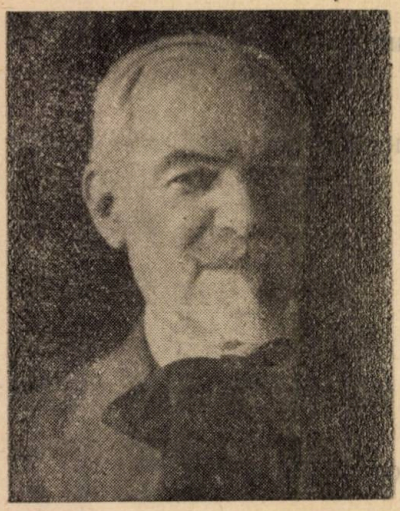
Gheorghe Z. Petrescu a văzut lumina zilei la 30 aprilie 1874 în casele părinteşti din Bucureşti, în apropierea legendarului „Puţ cu plopi" de lîngă Cişmigiu, în mahalaua Popa-Tatu, actuala str. Astronomului colţ cu str. Luigi Cazzavillan.

Deşi a pierdut pe mama sa din fragedă copilărie, tatăl său, cu toate multiplele sale atribuţii, ca medic militar şi profesor, a găsit totuşi timpul necesar pentru a se ocupa îndeaproape de educaţia celor patru copii şi, în special, de aceea a fiului său Gheorghe, dîndu-i o educaţie aleasă şi o vastă cultură pe lîngă studiile făcute la Colegiul „Sf. Sava" din Bucureşti.

In 1891, se înscrie la Facultatea de ştiinţe din Bucureşti şi în toamna aceluiaşi an face stagiul militar, obţinînd gradul de sublocotenent de artilerie. In 1892 pleacă la Paris şi urmează cursurile de medicină, unde se evidenţiază repede pentru activitatea depusă, fiind felicitat de însuşi Farabeuf într-o scrisoare din 18 noiembrie 1893 (originalul se păstrează în arhiva familiei). In 1897, în urma concursului depus, este numit extern al spitalelor din Paris. In această calitate a lucrat în serviciile doctorilor Paul Muriac, Raymond, Landouzy, Deje-

rine, Brocq şi alţii, primind la sfîrşitul stagiului, medalia de bronz, distincţie ce se acorda externilor merituoşi.

Dornic mereu de ştiinţă, Gheorghe Z. Petrescu audiază în 1897, la Collège de France, şi un curs de anatomie patologică. Ca student a fost atras de studiul dermatologiei, pe care-l aprofundează, şi in 1900 îşi susţine teza de doctor în medicină cu titlul „La syphilide pigmentaire reticulaire du cou" (Syphilide pigmentaire de Hardy-Fournier). E o lucrare bazată pe 31 de observaţii şi pe o bogată bibliografie de specialitate.



Prof. Gh. Z. Petrescu

Fiind încă la Paris, este anunţat din ţară că are posibilitatea să se prezinte la un concurs de profesor, la Facultatea de medicină din Iaşi şi, deci, să pregătească o lucrare. Pentru aceasta, doctorul Petrescu nu pregetă şi, din materialul documentar pe care-l avea, redactează „La pathogenie des dermatoses toxiques exogènes (Dermatoses pathogèniques de Bazin). Lucrarea cuprinde 84 de pagini, cu o foarte bogată bibliografie, citînd 230 de lucrări.

Reîntors în ţară în aprilie 1901, obţine libera practică, (M.O. nr. 8 294 din 27 aprilie 1901), însă, din cauza sănătăţii zdruncinate a tatălui său, renunţă să se mai prezinte la concursul de la Iaşi şi rămîne în Bucureşti, pentru a-l îngriji.

In iulie 1901, conform legii în vigoare din acea vreme, începe stagiul militar, dar de data aceasta ca medic.

Intre 1903 şi 1905, în urma misiunii primite de la Direcţia generală a serviciului sanitar, ţine cursuri pregătitoare elevilor şcolii de agenţi sanitari. In 1904, Aşezămintele Brîncoveneşti îl numesc medic la ţară. Tot atunci începe activitatea sa la Dispensarul din Cîmpina, unde dă consultaţii în fiecare duminică, mai ales ţărănimii muncitoare. In 1906 îl găsim ca medic la Spitalul „Brîncovenesc" din Bucureşti, la aceeaşi specialitate, dermato-venerologie. Tot în acelaşi an funcţionează ca profesor de anatomie la şcoala de infirmieri şi ca asistent pe lîngă catedra de terapeutică generală, condusă de marele nostru clinician, prof. Anibal Teohari.

In iunie 1907, Direcţia generală a serviciului sanitar, apreciind aptitudinile sale şi în dorinţa de a da o mai bună organizare serviciului sanitar în mediu rural, îl trimite să cerceteze la faţa locului situaţia stării de sănătate a populaţiei, în vederea reorganizării asistenţei medicale rurale prin medicul de plasă. In acelaşi an predă conducerea dispensarului din Cîmpina doctorului Racoveanu de la Breaza, primind alte misiuni medicale.

In 1910 îl găsim inspectînd dispensarele şi infirmeriile din ţară şi controlînd serviciul de asistenţă. In 1912 este numit subdirector general al serviciului sanitar şi, tot în acelaşi an, este definitivat în postul de

asistent al Catedrei de terapeutică de la Facultatea de medicină din București. În 1913 urcă la gradul de inspector general sanitar și primește misiunea de inspecție tehnică pentru bolile sociale: sifilis, malarie, tuberculoză și pelagră.

După perioada primului război mondial, la care ia parte ca medic, își reîncepe activitatea la Spitalul „Brîncovenesc". În 1920 demisionează din postul de inspector tehnic, ca să se dedice exclusiv spitalului și lucrărilor sale științifice.

La 1 aprilie 1925, în calitate de conferențiar, predă cursuri de istoria medicinei la catedra nou înființată, cu sprijinul profesorului Cantacuzino. În octombrie, același an, epitropia Așezămintelor Brîncovenești, apreciindu-i activitatea fructuoasă de 28 de ani și 4 luni, îl ridică la rangul de medic primar. În 1936 este numit profesor agregat și continuă să-și țină cursul de istoria medicinei cu studenții anului al VI-lea. La 1 octombrie 1938, după 34 de ani de serviciu, se retrage la pensie pentru limită de vîrstă, fără a-și întrerupe însă studiile de iatro-istoriografie, cărora le închină ultimile sale eforturi, pînă aproape de sfîrșitul vieții.

★

Profesorul Gh. Z. Petrescu era o fire blîndă, un suflet ales și un adevărat pedagog. N-a refuzat nimănui un sfat sau o îndrumare în carieră sau în cursul încercărilor ce le întreprindea, fie în domeniul medicinei, fie în cercetările istoriografice. A colaborat la 18 reviste romînești și 3 străine.

Noi, cei care astăzi încercăm modest să evocăm persoana și opera sa, nu putem uita primirea pe care ne-a făcut-o acum 8 ani, cînd i-am deschis ușa și i-am cerut un sfat în legătură cu comemorarea semicentenarului apariției primului număr al „Revistei sanitare militare". Ne-a ascultat cu mult interes, ne-a făgăduit tot sprijinul și ne-a rugat să trecem pe la dînsul peste 2 zile, ca să ne ofere un plan foarte bine studiat, datorită căruia expoziția iatro-istoriografică militară romînă a avut un succes deosebit.

Biblioteca sa, care azi îmbogățește tezaurul Centrului de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei, a fost totdeauna la dispoziția cercetătorilor. Gh. Z. Petrescu avea și talent la desen. Lui i se datoresc multe din figurile care ilustrează Tratatul de oftalmologie al prof. Slătineanu. Dotat cu un remarcabil talent poetic și beletristic, traduce cu o fidelitate uimitoare „Dietetica școlii din Salerno". Articolul „Carol Davilla", publicat în *Revista științelor medicale* din 1930, e un model de evocare.

★

În lunga sa carieră, profesorul Z. Petrescu a desfășurat o rodnică activitate publicistică, din analiza căreia ies în evidență calitățile sale remarcabile de clinician și om de știință. În lunga sa activitate a adunat un vast material în domeniul specialității și mai ales în istoria medicinei, unde și-a găsit adevărata sa vocație.

Vastele sale cunoștințe, meticulozitatea cercetărilor, argumentația și sobrietatea stilului, fac din lucrările sale izvoare sigure pentru cei care recurg la bibliografia lui G. Z. Petrescu. A știut totdeauna să împletească

teoria cu practica. In timpul activității sale ca medic al țărănimii și al oamenilor muncii din fabricile de pe plaiurile Prahovei ne-a dat la iveală două lucrări în care, pe lîngă istoricul acestui punct sanitar (Dispensarul de la Cîmpina), a arătat, bazat pe observații medicale și date statistice, situația sanitară îngrijorătoare din această regiune și din acea epocă și a cerut, cu propuneri concrete și juste, imediata și radicala ei soluționare.

Ca dermatolog și conducător al serviciului de specialitate din Spitalul „Brîncovenesc", singur sau în colaborare cu cumnatul său, profesorul Levaditi, ne-a lăsat o serie de lucrări, precum și un vast material documentar pentru un tratat de dermatologie, pe care, însă, n-a ajuns să-l redacteze în întregime niciodată.

Ca inspector general sanitar tehnic, din observațiile sale ne-a dat studii în legătură cu sifilisul, malaria, pelagra, tuberculoza și cancerul. Ca îndrumător la Clinica terapeutică a Facultății de medicină din București a publicat, în acest domeniu, o serie de articole de o reală valoare. In domeniul iatro-istoriografiei, din materialul documentar rămas de la dînsul reiese că întreaga sa operă s-a bazat pe aprofundate cercetări în Arhivele statului, Biblioteca muzeului Bruckental, fondul documentar al Academiei, precum și multe arhive de familie, lăsîndu-ne lucrări de o deosebită valoare istorică.

In cadrul acestui articol ne vom mărgini să amintim cîteva dintre lucrările sale, care ni s-au părut că ar trebui menționate. In primul rînd trebuie amintite trei lucrări publicate în 1930, în care a evocat personalitatea marelui nostru Carol Davilla, pe care, copil fiind, l-a cunoscut.

In studiul său asupra sifilisului de la noi din țară, lucrare de peste 200 de pagini, publicată în 1910, găsim un documentat și bogat istoric al sifilisului din țara noastră și o expunere clară a situației acestei boli. Nu putem trece de asemenea cu vederea lucrarea „Les dernières epidémies de peste dans les pays roumains au XVIII et XIX-ème siècles", prezentată la Congresul al IX-lea internațional de istoria medicinei, care a avut loc în septembrie 1932, în București, lucrare model de felul cum înțelegea să-și conducă cercetările, plină de claritate și stăpînită de cel mai înalt simț științific.

Gh. Z. Petrescu a mai lăsat o serie de monografii în legătură cu medicii care au practicat la noi în țară : un medic neerlandez în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea, dr. Depolte, dr. Steege și dr. Neagoe. Ele au completat puținele date pe care le cunoaștem asupra trecutului medicinei romîne, reprezentat prin figurile amintite. De asemenea, o serie de lucrări în legătură cu trecutul medicinei : „Medicina publică acum 100 de ani" ; „Medicina la Craiova în anul 1831" ; „Inceputul dentisticii în țara noastră" ; „Jumătate de veac de terapeutică românească" ; „Lefile și onorariile medicilor în trecutul țării noastre" etc.

Pentru cei ce l-au cunoscut și, îndeosebi, pentru noi, nu vom putea uita niciodată pe marele nostru îndrumător în studiul iatro-istoriografiei, pe profesorul Gheorghe Z. Petrescu.

Articol intrat în redacție în septembrie 1956.

LUCRĂRILE DE IATRO-ISTORIOGRAFIE ALE PROF. GHEORGHE Z. PETRESCU

1910. Studiul asupra cauzelor lăţirii şi stării actuale a sifilisului în Romînia. Sifilisul la ţară. Bucureşti, C. Göbl. 245 p.

1913. Observaţii ştiinţifice străine din secolul al XVIII-lea, servind la istoria noastră culturală. Bucureşti, Socec şi C. Sfetea, 8 p.

1924. Originile doctrinelor medicale (în Convorbiri literare, mai ; 12 p.).

1925. Zorile chimiei şi alhimia. Bucureşti, Cultura naţională, 50 p.

1926. Un medic neerlandez în Ardeal în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea. Adam Chenot, 1721—1789. Bucureşti, Cultura naţională, 11 p.

1927. O monetă din timpul ciumii de acum 100 de ani. *Buletinul societăţii numismatia romine ;*

O pagină nouă în istoricul staţiunii Căciulata (în *Buletinul Institutului de balneologie*, nr. 1—2, p. 70—76).

1928. În jurul unei presupuse otrăviri a lui Alexandru Lăpuşneanu *(Revista ştiinţelor* nr. 3, 16 p.).

1929. Ultima boală a lui Matei Basarab. (diem nr. 4, 11 p.).

Cine a fost doctorul Scultet, ucis şi aruncat în Olt la 1680 (idem nr. 9, 16 p.).

Un medic revoluţionar... şi cămătar la curtea lui Al. Ipsilante în Moldova, 1786—88 *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 1, 11 p.). Viaţa şi opera lui Carol Davilla, 1828—1884 (Acad. Rom.).

1930. În amintirea lui Carol Davilla, 1828—1884 (Convorbiri literare, nr. 1, p. 35—41).

Carol Davilla *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 7).

Charles Davilla et l'influence françaises sur la médecine roumaine (idem nr. 9, p. 957—980 şi *Noua revistă medicală*, nr. 5).

1931. Medicina publică în Moldova acum 100 de ani *(Revista ştiinţelor medicale* nr. 1, 20 p.).

Eine noch umbekante Andreas Wolffs (Vierteljahrsschrift nr. 4, 2 p.).

Apele metalice. Manual de hidrologie medicală a dr. Ştefan Episcopescu *(Revista de hidroterapie medicală şi climatologie* nr. 3—4, p. 29—30).

Medicina la Craiova în 1831 (în Mişcarea med. nr. 5—6, p. 345—350).

1932. Les dérnières epidömies de peste dans les pays roumains, au XVIII-XIX-ème siècles (Congresul al IX-lea internaţional de Istoria medicinei, Bucureşti), Bucureşti Imprimeria Cultura, vol. I. 126 p. ; vol. II, p. 127—178.

1933. Cine a fost dr. Depalte *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 2, p. 204—212).

Anibal Teohari, student la Paris (idem, nr. 4, p. 530—538).

1934. Începuturile dentisticii în ţările romîneşti (idem nr. 3, p. 288—316).

Jumătate de veac de terapeutică romînească *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 11 şi Buletinul de balneologie, nr, 46, 28 p.).

1935. Din trecutul microscopului (Natura, nr. 6, p. 15—22).

Cum a evoluat înţelesul cuvîntului „febră" în decursul veacurilor *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 7, p. 865—901).

Istoria microscopului (idem, nr. 2).

1937. Din trecutul medicinei legale la noi. Otrăvirile *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 11, p. 1 107—1 127).

1938. Hippocrat şi opera sa *(Gazeta internilor*, nr. 2—3).

Şcoala de medicină din Knidis (idem, nr. 4).

Şcoala de medicină din Alexandria (idem, nr. 5).

Izvoarele făcătoare de minuni *(Medicul nostru*, nr. 74, p. 6—7).

Evoluţia noţiunii de infecţie din vechime pînă în zilele noastre (Revista ştiinţelor medicale, nr. 3—4).

1940. Le premier oculiste titré en Valachie (în *Bulletin de l'Academie de médicine de Roumanie*, nr. 4).

1941. Originile universităţilor, facultăţilor şi academiilor şi ale denumirilor lor *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 10, p. 784—765).

Ludovic Steege student *(Arhiva romînă*, tom. VII, 27 p.).

Primul oculist titrat în ţara romînească *(Revista ştiinţelor medicale*, nr. 8—9).

1944. Ludovic Steege medic (Arhiva romînească, tom. II).

1946. Misiunea doctorului Neagoe. Patru scrisori ale medicului către protectorul său Teodor Rosetti (Arhiva romînească, tom. X).

РУМЫНСКИЙ ЯТРОИСТОРИОГРАФ ПРОФЕССОР Г. З. ПЕТРЕСКУ (1874 — 1954)

А. Райковичану, О. Апостол

LE PROF. GHEORGHE Z. PETRESCU IATROHISTORIOGRAPHE ROUMAIN (1874—1954)

A. Raicoviceanu, O. Apostol

PROFESSOR DR. GHEORGHE Z. PETRESCU, A RUMANIAN HISTORIAN OF MEDICINE (1874—1954)

A. Raicoviceanu, O. Apostol

PROFESSOR DR. GHEORGHE Z. PETRESCU — EIN RUMÄNISCHER GESCHICHTSSCHREIBER FÜR MEDIZIN (1874—7954)

A. Raicoviceanu, O. Apostol

NOTE, RECENZII, REFERATE, BIBLIOGRAFIE

NOTE

În cursul lunii octombrie 1956 au avut loc lucrările simpozionului organizat de Ministerul Sănătății din R.P. Bulgaria, privind problema spitalelor unificate, la care au participat delegații din Uniunea Sovietică și țările de democrație populară. Lucrările simpozionului au permis un larg schimb de experiență, de informare reciprocă între țările participante. Cu această ocazie, delegația țării noastre, condusă de conf. V. Marinescu, Ministrul Sănătății, a prezentat referatul „Experiența Ministerului Sănătății din R.P.R. privind asistența medicală a populației prin spitalul unificat".

★

La începutul anului 1956 s-a înființat la Lyon-Franța, Institutul de medicină socială al Facultății de medicină și farmacie, care grupează profesorii următoarelor patru discipline : hidrologie, climatologie și ecologie socială ; igienă și acțiune sanitară și socială ; medicină legală ; medicina muncii. Institutul își propune să asigure învățămîntul de medicină socială pentru studenți și medici și să promoveze cercetările științifice și de documentare în problemele medicinei sociale. Institutul s-a creat pe baza alocațiilor bugetare asigurate de securitatea socială. Conducerea institutului este constituită de un consiliu de administrație.

★

Al X-lea și ultimul volum al seriei *Pratique medico-chirurgicale*, ediția a 4-a complet revizuită, apărut în 1953 în Editura Masson, Paris, este destinată problemelor de medicină legală și celor de medicină a muncii (Médecine légale, sociale. Médecine du travail) și are 1 028 de pagini.

În această lucrare, redactată de un colectiv mare de autori, sînt prezentate în ordine alfabetică articole tratînd problemele esențiale ale medicinei legale ; ale medicinei sociale : igienă, organizarea asistenței, securitatea socială etc. ; ale medicinei muncii : accidente de muncă, boli și intoxicații profesionale, orientare profesională, readaptare, protecția muncii femeilor și copiilor etc. ; ale profesiei medicale : organizații profesionale, cod de deontologie, plasarea medicilor, spitale, legislație socială etc.

DESCHIDEREA CERCULUI DE REFERATE DE ISTORIE A MEDICINEI

Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei a inițiat, în colaborare cu Filiala București a Societății științelor medicale din R.P.R., un cerc de referate medico-istorice.

Un mare număr de medici, medico-istorici, participă la ședințele lunare la care se prezintă comunicări de istorie a medicinei și organizării sanitare, medicină populară, paleoantropologie etc. și se comemorează evenimente și personalități din trecutul medicinei noastre.

Primele cinci ședințe au avut următoarea ordine de zi :

Vineri 11 mai 1956

Dr. P. P. Samarian — „Viața și opera medico-istoricului Pompei G. Samarian".

Conf. G. Haupt și dr. G. Barbu — „Medici și studenți romîni participanți la războiul din 1870 și la Comuna din Paris".

Dr. V. Manoliu — „Salutul farmaciștilor din Romînia către revoluția rusă din 1905".

Dr. C. Săndulescu — „Date preliminare asupra epidemiilor din anul 1917".

Prof. dr. V. Bologa — „Jules Guiart și Romînia".

Vineri 1 iunie 1956

Conf. P. Pruteanu — „Cu privire la cronologia protomedicilor Moldovei".

C. Jiga — „Comerțul brașovean și carantinele".

G. Potra — „Un romîn la studii medicale în Rusia, în vremea Regulamentului organic".

Conf. I. Ghelerter — „C. Popescu-Azuga și începuturile igienei industriale în țara noastră".

C. Totoescu — „Aspecte din gîndirea lui I. Cantacuzino".

Vineri 6 iulie 1956

Dr. Al. Raicoviceanu și dr. Od. Apostol — „Despre opera medico-istoricului G. Z. Petrescu".

Dr. L. Copelman — „Actualitatea operei lui H. Boerhoaave".

Dr. S. Izsak — „Legături medicale romîno-maghiare în anii 1848—1849".

Prof. I. Jianu — „Victor Babeș" (în preajma celei de a 30-a comemorări a morții sale)".

Vineri 5 octombrie 1956

Dr. N. Vătămanu — „Despre doctorul Apostol Arsache".

Dr. M. A. Halevy — „Din istoria medicinei românești în perioada Regulamentului organic".

G. Potra — „Un document din 1838 în legătură cu doctorul Nisato".

Dr. G. Brătescu și dr. V. Manoliu — „I. Felix și problemele de igienă industrială".

Vineri 2 noiembrie 1956

C. Serban — „Condica spitalului Colțea din 1732—1740".

Prof. V. Bologa — „Impresii de la al XV-lea Congres internațional de istorie a medicinei".

Dr. G. Barbu — „Contribuția românească la lucrările celui de al XV-lea Congres internațional de istorie a medicinei".

ORGANIZAREA OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

A. K. Panev

Editura de stat „Știință și artă", Sofia, 1955, 430 p.

Această carte este un manual de organizare sanitară pentru studenții în medicină, cuprinzînd următoarele capitole :

Introducere : Organizarea ocrotirii sănătății, ca disciplină științifică și ca materie de predare.

Partea I. Istoria ocrotirii sănătății.

Cap. 1. Dezvoltarea istorică a ocrotirii sănătății și starea actuală în țările burghezo-capitaliste.

Cap. 2. Istoria ocrotirii sănătății în U.R.S.S.

Cap. 3. Ocrotirea sănătății în U.R.S.S.

Cap. 4. Dezvoltarea și caracterul ocrotirii sănătății la noi. (N. R. în Bulgaria).

Partea a II-a. Starea de sănătate a populației și statistica medico-sanitară.

Cap. 5. Statistica medico-sanitară.

Cap. 6. Statistica populației (demografia) .

Cap. 7. Morbiditatea.

Cap. 8. Dezvoltarea fizică a populației.

Partea a III-a. Organizarea ocrotirii sănătății.

Cap. 9. Bazele organizatorice și organele ocrotirii sănătății.

Cap. 10. Spitalul unificat orășenesc (raional).

Cap. 11. Asistența sanatorială balneară.

Cap. 12. Metoda de dispensarizare. Dispensarul.

Cap. 13. Asistența medico-sanitară a muncitorilor din întreprinderile industriale.

Cap. 14. Ocrotirea mamei și copilului.

Cap. 15. Instituțiile medicale de copii.

Cap. 16. Munca igienico-sanitară.

Cap. 17. Educația sanitară.

Cap. 18. Asistența medico-sanitară, rurală. Instituțiile curativo-profilactice.

Cap. 19. Structura și sarcinile organelor de ocrotire a sănătății.

Cap. 20. Etica medicală.

Dr. Toma Huszar

ELÉMENTS DE POLITIQUE ET D'ADMINISTRATION SANITAIRE

Henri Péquignot

Expansion scientifique française, Paris, 1954, 263 p.

Cartea cuprinde elementele care au format cursul cu același titlu, ținut de autor în fața Secției sociale din Școala națională de administrație din Paris în 1952.

Cartea a fost scrisă pentru cadrele medicale și pentru cei care se interesează de felul cum trebuie organizată activitatea medicală.

Autorul prezintă instituțiile sanitare și sociale, analizînd situația căreia ele trebuie să facă față, atît în Franța, cît și în lume, urmărind geneza istorică a acestor instituții.

Cartea cuprinde cinci părți :

I. Probleme economice și financiare : — volumul problemelor sanitare ; — creș-

terea sarcinilor sanitare ; — moduri de finanțare ale unui buget sanitar.

II. Constituirea Codului sanitar francez : — de la 1789—1870 ; — Republica a III-a ; — Perioada contemporană.

III. Administrația sanitară : — organizația centrală ; — organele regionale și locale.

IV. Evoluția istorică a cîtorva probleme : — medicina preventivă ; — legislația franceză antituberculoasă ; — constituirea legislației antiveneriene ; — de la asigurarea socială la securitatea socială.

V. Învățămîntul : — cîteva date istorice asupra învățămîntului medical ; — de la Revoluție la al 2-lea imperiu ; — de la al 2-lea imperiu în zilele noastre.

Adriana Dumitrescu

DER BETRIEBSARZT (MEDICUL DE ÎNTREPRINDERE)

Editat de Elfriede Paul

V. E. B. Berlin, 1954, 130 p.

Cartea cuprinde cercetări privind cîteva dintre problemele profesionale mai importante care se pun medicului de întreprindere în activitatea sa zilnică. Se pune aici accentul pe igiena muncii cu caracterul său predominant profilactic.

Culegerea cuprinde :

— asistența medicală de întreprindere și construirea socialismului ;

— directivele Ministerului Sănătății pentru colaboratorii în activitatea de asistență medicală de întreprindere ;

— importanța învățăturii lui Pavlov pentru igiena muncii ;

— asigurările sociale, sindicatele și medicii de întreprindere ;

— probleme de morbiditate ;

— comisia consultativă medicală — o posibilitate pentru o mai bună asistență a celor ce muncesc ;

— imbolduri pentru munca profesională a medicului de întreprindere ;

— medicul de întreprindere și tratamentul în caz de accidente ;

— perspectivele protecției muncii ;

— sarcinile medicului de întreprindere pentru menținerea sănătății femeii muncitoare ;

— domeniul de activitate al stomatologului de întreprindere ;

— ce pretenții trebuie să avem față de masa la cantină ?

— experiențele făcute cu aparatul Röntgen instalat în vagoane cu instalații complete pentru o examinare imediată ;

— asupra primelor rezultate practice cu sanatoriile de noapte în R.D. Germană.

Adriana Dumitrescu

PROPOSED RAPORT ON EDUCATIONAL QUALIFICATIONS OF DIRECTORS OF PUBLIC HEALTH DEPARTMENTS (RAPORT PROVIZORIU ASUPRA CALIFICĂRII PROFESIONALE A DIRECTORILOR DEPARTAMENTELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ)

American Journal of Public Health, 1953, nr. 3, p. 363—370

Acest raport provizoriu a fost întocmit de Comitetul pentru calificări profesionale și tehnice din Asociația americană de sănătate publică (A.P.H.A.) și propus ca bază de discuții în anul 1953. El este o ediție revăzută a raportului asupra calificărilor profesionale ale funcționarilor sanitari (Health Officers) și aprobat de Consiliul de conducere al asociației la 13.XI.1946.

În S.U.A., departamentul de sănătate are ca sarcini : prevenirea și tratarea îmbolnăvirilor cu și fără incapacitate, mărirea duratei medii de viață și preocuparea pentru menținerea unei stări optime de sănătate a populației. Departamentele de sănătate din S.U.A. sînt uneori răspunzătoare pentru tratamentul anumitor boli transmisibile (tuberculoză, boli venerice). În alte împrejurări, ele răspund și de tratarea persoanelor cu tulburări de ordin psihic, cu infirmități fizice, afecțiuni dentare, tumori maligne și, mai rar, pentru afecțiuni cardiace și alcoolism. Se observă în ultimul timp tendința de a se atribui departamentului de sănătate răspunderea pentru problema orientării profesionale și problema controlului activității de îngrijire medicală a persoanelor lipsite de mijloace de existență, pe baza colaborării cu departamentele de asistență socială.

Practica medicală de sănătate publică a fost recunoscută ca o specialitate medicală în 1948, prin înființarea Consiliului american pentru medicină preventivă. În 1949, acesta a fost transformat în Consiliu medical de specialitate. Din iulie 1954, aproximativ 1 120 de medici au fost atestați ca specialiști în sănătatea publică de către acest consiliu. Cererea de directori de sănătate calificați este foarte mare, în orice caz mai mare decît numărul de cadre existente. Astfel, în luna iulie 1953, postul de director de sănătate era vacant în mai mult de o treime din ținuturile organizate pentru servicii sanitare cu program complet, sau era ocupat temporar de directorul unui departament sanitar vecin.

Directorul de sănătate publică este conducătorul administrativ al departamentului și este direct răspunzător pentru toată ac-

tivitatea acestuia, fiind asistat în această activitate de o echipă de colaboratori pe care-i conduce.

Analizînd funcţiile care revin directorului de sănătate publică, raportul arată că multe din ele sînt definite prin statut. Acestea includ dreptul de a aplica legile şi regulamentele sanitare, responsabilitatea pregătirii şi executării bugetelor. Alte funcţii importante sînt : prezentarea şi interpretarea activităţii de sănătate publică faţă de forurile de conducere, coordonarea activităţii departamentului de sănătate cu cea a asociaţiilor şi agenţiilor particulare medicale, a medicilor şi dentiştilor particulari şi a altor profesionişti, ca şi cu cea a tuturor tipurilor de spitale din colectivitatea ce deserveşte. În general, directorul de sănătate are răspunderea supremă faţă de populaţie în problemele afectînd sănătatea publică, el trebuind să-şi asume rolul de conducere în cadrul colectivităţii pentru toate problemele legate de sănătate. Pentru aceasta, directorul de sănătate publică trebuie să studieze starea de sănătate legată de diferiţii factori caracteristici fiecărei colectivităţi (populaţia, condiţiile economice şi politice, obiceiurile sociale şi de muncă).

Pe bază de studii, prin metode de evaluare directă şi prin analiza datelor de care dispune, directorul departamentului de sănătate publică determină şi nevoile sanitare nesatisfăcute ale populaţiei. Pentru satisfacerea acestor nevoi, el îşi desfăşoară activitatea în aşa fel încît să se ajungă la o mai bună utilizare a posibilităţilor existente şi se ocupă de înfiinţarea unor noi servicii sanitare. Pe lîngă acestea, directorul de sănătate trebuie să ia parte şi la activităţile specifice pentru prevenirea şi controlul evoluţiei bolilor.

În organizaţii mici, directorul de sănătate poate îndeplini unele funcţii profesionale, clinice sau tehnice. În organizaţii mai mari, el nu va avea o activitate direct medicală, va trebui însă să îndrume, să stimuleze, să coordoneze şi să evalueze munca subordonaţilor lui.

Directorul de sănătate are mari posibilităţi, prin însăşi poziţia sa, pentru a efectua studii speciale şi cercetări în domeniul sănătăţii publice.

În S.U.A., pregătirea de specialitate a medicilor în domeniul sănătăţii publice se face înainte de a se acorda răspunderi independente cadrelor respective. Ea se asigură în şcoli de sănătate publică, pentru care se acordă burse de specializare. Ea se completează obligatoriu cu o practică (stagiu) ca asistent (adjunct) al directorului unui departament de sănătate sau ca director al unei unităţi sanitare mai mici, situaţie în care este însă sub un control permanent.

Promovarea se poate face, fie în posturi generale administrative de conducere, fie în posturi de administratori medicali pentru servicii sanitare specializate (boli transmisibile, tuberculoză, cancer, ocrotirea mamei şi copilului, igiena industrială, igiena mintală).

Salarizarea se face pe bază de concurs. Ea include avantaje, cum ar fi : concedii anuale, concedii medicale plătite, dreptul la pensie, protecţia împotriva concedierilor arbitrare.

În cadrul pregătirii şcolare şi profesionale cerute directorilor de sănătate publică, sînt considerate esenţiale următoarele :

a) diploma de doctor în medicină de la o şcoală medicală recunoscută, internat de cel puţin un an într-un spital aprobat de asociaţie (A.P.H.A.), dreptul la liberă practică în statul în care se va presta serviciul ;

b) pregătire pe linie de sănătate publică şi experienţă de teren [*orientare preliminară şi experienţă de cel puţin 6 luni în muncă de teren, practică generală de spital, practică activă într-un departament de sănătate ; studii teoretice de specializare de o durată de cel puţin un an academic* într-o universitate acceptată de asociaţie (A.P.H.A.) şi care să cuprindă principiile generale de administraţie publică de stat şi de sănătate publică, biostatistică, sanitaţie, epidemiologie, educaţie sanitară, activitate de sănătate publică a surorilor, igienă fiziologică, studiul aspectelor social-economice ale problemelor de sănătate şi boală, discipline sociale şi psihologice ; apoi *cel puţin 18 luni de experienţă practică, sub control permanent, pe linie de practică generală şi de sănătate publică.*

Pentru a obţine recunoaşterea specialităţii de sănătate publică de către Consiliul de medicină preventivă, se cer cel puţin 2 ani de experienţă de teren în practica generală de sănătate publică, aşa cum este ea arătată mai sus. (Deşi nu se cere ca directorul unui departament de sănătate să posede această diplomă de atestare din partea Consiliului de specialitate, raportul consideră că este totuşi de dorit să se ceară aceasta. În unele state, această diplomă reprezintă totuşi o condiţie pentru a putea ocupa poziţii cu grad mare de responsabilitate.)

În încheiere, raportul subliniază că directorul unui departament de sănătate trebuie să posede o serie de calităţi personale necesare pentru a asigura îndeplinirea cu succes a îndatoririlor sale ştiinţifice şi administrative. Printre acestea, raportul enumeră : integritate morală, inteligenţă

creatoare, judecată sănătoasă, bun simţ, voinţă de a servi onest şi asiduu, subordonînd dorinţele sale proprii intereselor mai mari ale colectivităţii, tact şi îndemînare în stabilirea şi menţinerea unor relaţii favorabile cu populaţia, cu organizaţiile profesionale şi cu persoanele în subordine.

Totodată, raportul consideră că directorul unui departament de sănătate publică trebuie să posede o cunoaştere adecvată a organizării sociale, a factorilor culturali şi psihologici şi a tendinţelor istorice manifeste în cadrul colectivităţii patronate.

Adriana Dumitrescu

ORGANIZATORI DE SĂNĂTATE

Lord Adrian

Public Health, Londra, 1956, iulie, p. 254—258

Autorul subliniază faptul că organizatorilor de sănătate din Anglia li se atribuie mereu noi şi noi sarcini în domeniul medicinei preventive, în special. Aceste sarcini sînt foarte variate, incluzînd domenii, ca : asistenţa prenatală şi postnatală, asistenţa copilului, îngrijirea medicală la domiciliu prin surori vizitatoare, salvarea, asistenţa defectivilor mintali. În îndeplinirea acestor sarcini este necesară colaborarea cu medicii din reţea, cu serviciile spitaliceşti, cu asistenţe sociale, psihologi etc. Dată fiind varietatea sarcinilor şi a colaborărilor indispensabile, se prevede existenţa unui număr de adjuncţi pe probleme pentru organizatorul de sănătate la nivelul unei regiuni. Marea importanţă pe care o capătă în ultima vreme problemele de igienă mintală face necesari consilierii pentru problemele referitoare la sănătatea mintală a populaţiei.

Tendinţa de dezvoltare a serviciilor sanitare engleze este de a include, printre preocupările lor, activitatea preventivă în domeniul sănătăţii mintale. Încă de la începutul acestui secol ele urmăresc problema realizării adaptării fizice şi mintale a cetăţenilor, fără însă a fi ajuns în acest ultim domeniu la progresele înregistrate în domeniul sănătăţii fizice a populaţiei.

Adriana Dumitrescu

DESPRE RIDICAREA CALIFICĂRII DIRECTORILOR DE SPITALE

Dr. G. P. Mihailicenko

Sov. zdrav., nr. 5, 1955

Autorul arată că pentru rezolvarea sarcinilor noi legate de orientarea profilactică a medicinei, dispensarizarea populaţiei, asistenţa de calitate, principiul teritorializării etc., instituţiile sanitare, trebuie să fie conduse de medici bine orientaţi şi pregătiţi.

Printre metodele privind ridicarea calificării directorilor de spitale, autorul menţionează :

a) cursuri de 10 zile la nivelul secţiei sanitare regionale axate pe problemele de statistică, planificare, mînuirea fondurilor băneşti, bazele teoretice şi principiile organizatorice ale ocrotirii sănătăţii etc. ;

b) seminarii scurte de două zile pe probleme, la nivelul Catedrei de organizare sanitară ;

c) prezentarea dărilor de seamă anuale în cadrul sfatului medical de pe lîngă secţia sanitară regională. Relativ la această metodă de ridicare a calificării, autorul enumeră o serie de măsuri pe care le apreciază că sînt necesare a fi luate, pentru ca să contribuie efectiv, la ridicarea calificării ;

d) tot în vederea scopului propus, autorul apreciază că desfăşurarea unei juste activităţi de îndrumare tehnică din partea spitalelor regionale poate contribui la atingerea obiectivului propus ;

e) autorul este de asemenea de acord cu organizarea unor cursuri de două luni la Institutul de perfecţionare a medicilor, pentru medicii directori.

Dacă Ministerul Sănătăţii al U.R.S.S. va sprijini aceste forme de ridicare a nivelului de calificare al medicilor directori, autorul apreciază că se va ameliora activitatea instituţiilor curative.

Al. Tudor

PRINCIPII DIRECTOARE PRIVIND ORGANIZAREA SERVICIILOR MEDICALE ALE MUNCII ÎN INTREPRINDERE [1]

Archives des maladies professionelles de Médecine du travail et de sécurité sociale.

Tôme 17, 1956, nr. 4, p. 382

Consideraţii generale

Introducere : 1. Serviciile medicale ale muncii care se creează în prezent în întreaga lume au o importanţă mare pentru ocrotirea sănătăţii muncitorilor şi pentru randamentul muncii lor.

2. Multitudinea concepţiilor asupra rolului şi caracterului lor, lipsa de cadre me-

[1] Material redactat de o comisie internaţională în martie 1955, pe baza recomandărilor Consiliului de administraţie al biroului internaţional al muncii.

dico-sanitare şi diversitatea întreprinderilor ridică variate probleme privind organizarea lor.

3. Numai întreprinderile mari pot avea un serviciu medical independent, cele mijlocii şi mici se pot asocia sau recurge la serviciul naţional de sănătate publică. Acestor ultime întreprinderi trebuie să li se acorde o atenţie specială din partea organizaţiilor profesionale şi a statului.

4. Organizarea şi funcţiile acestor servicii pot varia după specificul întreprinderii, însă trebuie să se bazeze pe aceleaşi principii generale de organizare

Valoarea serviciilor medicale. Una din sarcinile generale ale statului este aceea de a îmbunătăţi permanent starea de sănătate a naţiunii. Crearea serviciilor medicale ale muncii subliniază responsabilitatea guvernelor şi întreprinderilor în ocrotirea sănătăţii muncitorilor şi contribuie la asigurarea examenelor medicale, la asanarea mediului, la educarea sanitară a muncitorilor. Efectul muncii acestor servicii se va reflecta în scăderea bolilor profesionale, absentismului, a accidentelor şi a urmărilor acestora pentru producţie. Definiţii : Comitetul mixt al organizaţiei internaţionale a muncii şi Organizaţiei mondiale a sănătăţii a definit în 1950 termenul de „medicina muncii". „Medicina muncii are ca scop promovarea şi menţinerea celui mai înalt grad de bunăstare fizică, mintală şi socială a muncitorilor de toate profesiile ; prevenirea oricărui prejudiciu cauzat sănătăţii acestora de condiţiile muncii lor ; protejarea lor la locul de muncă împotriva riscurilor care rezultă din prezenţa agenţilor dăunători sănătăţii, plasarea şi menţinerea muncitorului într-un loc de muncă corespunzător aptitudinilor sale fiziologice şi psihologice, în sensul adaptării muncii la om şi a fiecărui om la sarcina sa". Serviciul medical al muncii este serviciu organizat, dotat şi utilizat în scopul asigurării la locul de muncă, a serviciului de medicină a muncii, aşa cum a fost definit mai sus. În general, aceste servicii au un rol exclusiv preventiv, deşi acordă primele îngrijiri şi tratament de urgenţă în caz de accident şi afecţiune acută. Serviciul poate fi extins ca activitate, în situaţia întreprinderilor izolate.

Medicul muncii are o pregătire specială pentru a lucra în asemenea unităţi.

Funcţiile serviciilor medicale ale muncii

Domenii de activitate : a) Controlul sanitar al întreprinderii.

b) Examenele la angajare, periodice şi speciale.

c) Conducerea personalului medico-sanitar.

d) Educaţia sanitară.

Serviciile medicale ale muncii se pot preocupa de probleme, ca : condiţii de muncă şi salarizare, securitatea muncii, igiena industrială, probleme sociale (locuinţe etc.), plasare şi orientare profesională, readaptare profesională. Ele au legături cu Inspecţia muncii, serviciile de sănătate, diferiţi medici etc. şi cu conducerea administrativă a întreprinderii.

Organizarea serviciilor medicale ale muncii

Pregătirea medicului muncii cuprinde : o bună pregătire clinică generală, igienă industrială, primul ajutor, procesul de producţie industrială, orientarea şi readaptarea profesională, fiziologia şi patologia muncii, toxicologia industrială, protecţia muncii, metodele de laborator respective.

Dotarea şi înzestrarea serviciilor privesc întreprinderile.

Există dosar medical individual al fiecărui salariat şi diverse registre.

Dr. A. Pescaru

PRINCIPII DE BAZĂ PRIVIND STATISTICA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Public Health Reports, 1956, nr. 6, p. 521—524

Principiile cuprinse în articol au fost aprobate de Conferinţa de sănătate publică pentru problemele de raportare şi statistică care a avut loc la Washington în aprilie 1955.

Statistica serviciilor de sănătate publică reprezintă una din metodele prin care se urmăreşte asistenţa acordată de departamentul de sănătate publică populaţiei şi prin care se realizează planificarea activităţii viitoare.

Ideea principală a materialului este că în acest scop nu trebuie folosite datele din rapoartele de activitate ale personalului medico-sanitar, întrucît numărul de consultaţii medicale sau alte date asemănătoare de activitate, în sine, nu constituie indicatori de sănătate publică.

Prin statistica serviciilor de sănătate publică trebuie înregistrate progresele realizate faţă de planul de asistenţă medico-sanitară a populaţiei şi trebuie apreciate rezultatele obţinute pe baza activităţii depuse de personalul medico-sanitar.

Se preconizează un sistem de evidenţă primară prin dosar unic pentru fiecare

pacient, în care să fie înscrise toate tipurile de activitate medico-sanitară de care a beneficiat pacientul din partea departamentului de sănătate, ca și nevoile pentru care pacientul solicită de fiecare dată asistență. Aceste dosare trebuie analizate individual, cel puțin o dată pe an, pentru a verifica măsura și modul în care nevoile pacientului au fost satisfăcute. Articolul precizează că acumularea de nevoi nesatisfăcute va indica unde trebuie îmbunătățită activitatea și va indica totodată nevoile de personal și de distribuire a lui.

În material se cere să se facă analiza cazurilor noi care au fost deservite de departamentul de sănătate pe o perioadă dată indiferent de numărul și natura serviciilor de care au beneficiat. Numărul total al cazurilor noi și analiza caracteristicilor fiecărui individ deservit servesc la planificarea și evaluarea activității de sănătate publică.

Articolul atrage atenția asupra faptului că se practică încă frecvent sistemul de acumulare de date statistice care nu sînt interpretate și propune analiza periodică a dosarelor pacienților, ca cea mai simplă și mai valoroasă metodă de statistică a serviciilor de sănătate publică.

Adriana Dumitrescu

STATISTICI EPIDEMIOLOGICE ȘI DEMOGRAFICE ANUALE (1952—1953)

În 1955 a apărut în Editura Organizației Mondiale a Sănătății volumul de statistică epidemiologică și demografică pe anul 1952, volum cuprinzînd 543 de pagini, iar în 1956 a apărut volumul privind statistica epidemiologică și demografică pe anul 1953, cuprinzînd 571 de pagini.

Ambele volume cuprind situația demografică și statistică a țărilor din lumea întreagă, grupată pe următoarele capitole :

I. Starea și mișcarea populației și cauzele de deces pe vîrstă și sex.

1. Suprafața și populația țărilor și teritoriilor.

2. Populația țărilor pe vîrstă și sex.

3. Mișcarea generală a populației din anumite țări. Nașteri, decese, decese sub 1 an și sub 4 săptămîni, excedent natural (cifre absolute și proporții).

4. Mișcarea generală a populației din anumite țări pe trimestre (cifre absolute).

5. Decese pe vîrstă și sex. Mortalitate pe vîrstă și sex.

6. Cauze de deces pe vîrstă și sex.

II. Cazuri și decese datorite bolilor cu declarație obligatorie. Distribuția sezonieră. Cifre anuale.

Adriana Dumitrescu

ORGANIZAREA NOASTRĂ ANTIEPIDEMICĂ ȘI VALOAREA EI

Gyula Vilmon

Népegészegügy, 1956, nr. 2, p. 48

Autorul descrie cum s-a dezvoltat rețeaua sanitaro-antiepidemică începînd din 1951, cînd s-au făcut primii pași, pînă la 1 ianuarie 1955, cînd și-au început activitatea stațiunile sanitaro-antiepidemice. În continuare, autorul critică poziția greșită răspîndită în rețeaua curativo-profilactică, de a se izola de activitatea sanitaro-antiepidemică. Sarcini importante ale rețelei sanitaro-antiepidemice sînt : activitatea pe linia îmbunătățirii salubrității și a alimentației publice, ridicarea calității activității de protecție a muncii, controlul sanitar complet etc.

Autorul subliniază importanța încadrării inspectorului sanitar în sanepid. Se arată, de asemenea, necesitatea elaborării unor forme de învățămînt pentru crearea cadrelor necesare în rețeaua sanitaro-antiepidemică.

Toma Huszar

STAȚIUNEA SANITARO-ANTIEPIDEMICĂ ÎN RAIONUL RURAL

V. T. Selesnieva și A. I. Daskievici

Sovetskoe zdravoohranenie, 1956, nr. 4

Acest articol, care sintetizează cercetarea Catedrei de organizare sanitară a Institutului de medicină din Molotov, se ocupă numai cu problemele de organizare a sanepidurilor de categoria a III-a din raionul rural.

Raionul Karagais este un raion tipic rural. În sanepid, pe lîngă medicul-șef, există trei felceri igieniști, doi laboranți și doi dezinfectori. S-a considerat că în sanepidul unde există numai un singur medic, au un rol deosebit de mare felcerii igieniști. Experiența terenului arată că în multe sanepiduri munca felcerilor igieniști nu este bine organizată, ei foarte des îndeplinind numai pasiv sarcinile primite de la medic și folosind nerațional o bună parte din timpul lor de muncă.

Pentru ridicarea responsabilității în muncă și pentru dezvoltarea inițiativei felcerilor igieniști, în raionul bază de experiență, raionul a fost împărțit în circumscripții și fiecărui felcer i-a fost repartizată cîte o circumscripție.

Felcerul se deplasează în mod planificat în circumscripția respectivă, contribuind la

munca sanitaro-antiepidemică și de educație sanitară. El studiază starea sanitară a obiectivelor controlate și participă activ la lichidarea deficiențelor sanitare. Medicul igienist se deplasează de multe ori împreună cu felcerii și îi învață metodologia controlului și studierii obiectivelor sanitare.

Medicul-șef al sanepidului acordă o atenție deosebită ridicării calificării personalului mediu (în problemele de laborator, dezinfecție, depistare a bolilor infecțioase). Sanepidul, în mod sistematic, organizează cu personalul mediu seminare pe problemele actuale ale muncii sanitaro-antiepidemice și ședințe de instructaj, săptămînale, pe problemele de educație sanitară. Sub conducerea medicilor, fiecare felcer își alcătuiește un plan de muncă calendaristic lunar.

Experiența arată că împărțirea felcerilor în felceri igieniști și felceri epidemiologi nu este justă.

Sanepidul acordă o atenție deosebită ocrotirii sănătății muncitorilor din S.M.T. S-au elaborat registre speciale pentru înscrierea cazurilor de incapacitate temporară de muncă. Acest registru se completează de către statisticianul sanepidului care vizitează sistematic contabilitatea S.M.T. Pe baza analizei morbidității în S.M.T., medicul igienist și spitalul raional iau măsuri corespunzătoare.

Muncitorii sanitari din raion au în fiecare săptămînă o zi profilactică. Sanepidul urmărește munca depusă în această zi.

Dr. V. Morozova

VOLUNTARII FRĂȚIEI DE STRADĂ (VOLUNTARI DELLA FRATERNITA STRADALE)

Luigi Grosso

Medicina sociale, Torino, 1956, nr. 5, p. 182

Autorul face o statistică a accidentelor de circulație în Italia, arătînd că, de exemplu, în 1953, în medie au fost înregistrate 303 accidente pe zi, soldîndu-se cu 13 morți și 273 de răniți.

Propune organizarea unui sistem de activitate sanitar-voluntar cu scopul de a face educația publicului cu privire la regulile de circulație cu vehicule. La acest activ trebuie să colaboreze delegați ai autosităților comunale, ai clubburilor de automobiliști, dar mai ales toți posesorii de autovehicule cu membrii lor de familie și marea masă a medicilor. Sarcina principală va fi educarea populației, paralel cu organizarea unui serviciu urgent și competent de intervenție în caz de accidente.

Dr. E. Bad

ACTIVITATEA SANEPIDURILOR ÎN DOMENIUL EPIDEMIOLOGIEI

A. Katay

Népegészségügy, 1956, nr. 4, p. 92

O dată cu organizarea sanepidurilor, încadrarea lor cu medici epidemiologi și înzestrarea raioanelor cu laboratoare a devenit posibilă lupta promptă și eficientă contra epidemiilor. Combaterea epidemiilor s-a tehnicizat și medicul epidemiolog sprijină efectiv medicii de raion și de circumscripție la fața locului. Anchetele epidemiologice s-au sistematizat, și azi se cere ca fiecare caz de tifos exantematic și febră tifoidă să fie anchetat la fața locului de epidemiolog ; tot el face și ancheta acolo unde se semnalează o frecvență crescută de boli infecțioase. Organizarea raportării cazurilor trebuie să fie prima sarcină a epidemiologului ; nu trebuie să se mai repete cazurile cînd organele centrale să se sezizeze de epidemii mai repede decît epidemiologul sanepidului. Colaborarea strînsă între epidemiolog și laborator a dus la descoperirea și luarea în evidență a unui mare număr de purtători de germeni. Nu se face încă o dezinfecție sistematică și nici nu se fac eforturi suficiente pentru îmbunătățirea igienei mediului. Colaborarea între igienist și epidemiolog trebuie să fie foarte strînsă și dirijată spre obiective precise.

Dr. Vlad

ACTIVITATEA SANEPIDURILOR ÎN DOMENIUL IGIENEI

L. Kantor și B. Toth

Népegészségügy, 1956, nr. 4, p. 89

Pentru ca sanepidurile să-și poată îndeplini sarcina ce le revine, a fost nevoie de la început de stabilirea deficiențelor pe tărîmul igienei comunale, a igienei muncii, alimentației și a igienei școlare.

Pentru aceasta : 1) S-au vizitat și luat în evidență toate obiectele ce prezentau interes ; 2) s-au seriat sarcinile după gravitatea și urgența problemelor și 3) s-a organizat controlul executării măsurilor preconizate. Stabilirea problemelor s-a făcut de specialiștii sanepidurilor, și nu de me-

dicii în subordine (raion, circumscripție). După serierea deficiențelor din punct de vedere al urgenței, acestea au fost clasificate în trei categorii : a) acele ce puteau fi înlăturate cu cheltuieli minime și pentru executarea cărora s-au fixat termene ; b) acele care cereau cheltuieli ce puteau fi acoperite din fondurile de care dispuneau întreprinderile și instituțiile și c) acele pentru înlăturarea cărora se cereau investiții.

Îmbunătățirea igienei nu este numai o sarcină a organelor sanitare. În aceasta trebuie cointeresate straturile cele mai largi ale societății ; legătura cu sfaturile populare și organele lor tehnice trebuie să fie foarte strînsă. Nu numai în munca de planificare și executare este nevoie de ajutorul larg al maselor, ci și în controlul executărilor măsurilor.

Pentru atingerea acestui scop au luat ființă comisiile de igienă și epidemii la fiecare raion. La ședințele acestora sînt invitați specialiști din toate ramurile de activitate, precum și conducători ai secțiilor economice. Legătura cu organele de Cruce Roșie este importantă. Mai este nevoie de lărgirea și aprofundarea colaborării cu organizațiile sindicale.

Dr. Vlad

CONGRESUL IGIENIȘTILOR, EPIDEMIOLOGILOR, MICROBIOLOGILOR ȘI MEDICILOR DE BOLI INFECȚIOASE

Din *Muncitorul Medical*, 1956, nr. 49, p. 2—5

Materialul apărut în zilele premergătoare Congresului al XIII-lea al igieniștilor, epidemiologilor, microbiologilor și medicilor de boli infecțioase, de la Leningrad, analizează realizările și deficiențele mai importante din activitatea cadrelor susmenționate.

Printre problemele mari nerezolvate articolul citează activitatea profilactică în domeniul ocrotirii sănătății copiilor și adolescenților, dezvoltarea fizică, educația fizică, studiul stării de sănătate, munca educativ-sanitară și bazele igienice ale sistematizării școlilor. De asemenea, sînt analizate rămînerile în urmă în ceea ce privește problema infecțiilor la copii, problema vaccinărilor asociate, variabilitatea microbiană, studiul caracterelor focarelor naturale în acțiunea de combatere a bolilor transmisibile.

Una dintre problemele care se ridică în fața congresului este problema igienei muncii în condițiile aplicării în scopuri pașnice a energiei atomice, precum și problema privind sistematizarea orașelor și a caselor de locuit, alimentația cu apă, aplicarea controlului sanitar preventiv și curent asupra construcțiilor.

De o importanță deosebită sînt problemele care privesc evoluția igienei, epidemiologiei și microbiologiei, starea organizării sanitaro-antiepidemice și pregătirea cadrelor sanitare. Figurează, de asemenea, problemele privind pregătirea și perfecționarea cadrelor medicale, precum și ridicarea prestigiului acestora. În cadrul problemei cadrelor se analizează importanța societăților științifice în educarea cadrelor, precum și importanța organizării de discuții creatoare, în spirit critic și autocritic.

Dr. I. Caloenescu

AL XXIII-lea CONGRES UNIONAL AL IGIENIȘTILOR, EPIDEMIOLOGILOR, MICROBIOLOGILOR ȘI MEDICILOR DE BOLI CONTAGIOASE

(21 iunie 1956)

Articol din *Mediținski rabotnik*, iunie 1956. nr. 51, p. 2—6

În cadrul ședinței plenare a acestui congres au fost prezentate și discutate trei rapoarte mai importante :

1. Raportul Prof. A. A. Letavet, în legătură cu problemele actuale ale igienei muncii, ridică problema participării personalului științific și practician la elaborarea măsurilor profilactice în domeniul industriei, care să asigure condițiile cele mai favorabile de muncă în noile producții care introduc noi procese tehnologice, conform directivelor Congresului al XX-lea privitor la cel de-al șaselea plan cincinal. Nu e suficientă simpla expertiză igienică a proiectelor gata întocmite. Igieniștii pe baza cunoașterii amănunțite a noii tehnologii trebuie să conlucreze cu tehnicienii chiar de la începutul întocmirii proiectelor de construcții a noilor întreprinderi.

Va trebui să se acorde o mare importanță ajrecierii igienice a noilor instalații, neadmițîndu-se compromisuri în ce privește asigurarea condițiilor igienice optime de producție și a unui regim rațional de muncă. Din acest punct de vedere, activitatea științifică și practică de igienă a muncii trebuie să se ocupe cu multă atenție de factorii fizici ai mediului de producție (condiții meteorologice, zgomot, vibrații, radiații etc.) și în mod special de elaborarea mijloacelor de securitate a muncii în domeniile de utilizare a energiei atomice în scopuri pașnice.

2. Raportul lui L. L. Medved „Sarcinile actuale ale igienei în domeniul amenajării satului, a igienei în muncile agricole, în alimentație și în domeniul asistenței sa-

nitare acordate populației din colhozuri, S.M.T. și sovhozuri" arată că intensificarea construcțiilor masive în mediul rural creează premise solide pentru îmbunătățirea condițiilor sanitare de viață și de muncă ale populației. Acestea reclamă însă un studiu științific larg al lucrărilor de construcții și introducerea experienței celei mai înaintate din punct de vedere igienico-sanitar.

Modificările pozitive obținute în acest sens rămîn în urmă, în comparație cu ritmul dezvoltării agriculturii și cu nevoile culturale mereu în creștere ale colhoznicilor. De aceea, măsurile igienice și celelalte măsuri de combatere a morbidității și de consolidare a sănătății populației muncitoare de la sate trebuie introduse în practică mai energic și cu mai mult curaj.

3. Raportul lui Sabad-Sîsin-Zilber-Riazanov : „Sarcinile igienei în studiul problemei cancerului" remarcă înmulțirea cazurilor de cancer în toată lumea și în special a anumitor forme, printre care se citează cancerul pulmonar.

Cu toate că etio-patogenia acestei boli este încă insuficient elucidată, se recunoaște, în general, rolul anumitor factori de mediu extern în etiologia neoformațiilor maligne și posibilitatea existenței unui cancer profesional al vezicii urinare la muncitorii din industria de coloranți anilinici și a altor forme de cancer la cei ce lucrează cu materiale radioactive.

La studiul acestor factori (necesar pentru profilaxia și combaterea cancerului) trebuie să participe și igieniștii, microbiologii și epidemiologii. Rolul lor trebuie să fie în special acela de a studia (din punct de vedere statistic și epidemiologic) agenții blastomogeni din mediul extern, de a elabora măsurile de neutralizare a acestora și de blocare a căilor de răspîndire.

La discuțiile purtate pe marginea referatelor prezentate, prof. Gutkin s-a ridicat împotriva minimalizării igienei infantile și a adolescentului (mai ales în școli) ; Nikolaeva a susținut în interesul accentuării orientării profilaxiei medicinei sovietice întărirea instituțiilor sanitaro-epidemice printr-o nouă structură „plastică, reală, pentru ca în anumite limite să poată fi modificată în funcție de condițiile locale" ; alții au cerut lichidarea organelor sanitare paralele și asigurarea unei organizații sanitare unice, precum și desființarea serviciilor sanitare departamentale.

M. Olteanu

CEL DE-AL XIII-LEA CONGRES UNIONAL AL MEDICILOR IGIENIȘTI, EPIDEMIOLOGI, MICROBIOLOGI ȘI SPECIALIȘTI ÎN BOLI INFECȚIOASE

(Leningrad, iunie 1956)

Articol din *Mediținski rabotnik*, 1956, nr. 52, p. 2—6

Articolul face o scurtă trecere în revistă a referatelor prezentate la Congres, fără a intra în amănunte. Astfel, se citează, pe secții, principalele referate prezentate, dintre care cele care au reținut mai mult atenția au fost problemele referitoare la : „Legile fundamentale ale dezvoltării proceselor infecțioase și imunității sub influența radiațiilor ionizante", „Metodele morfologice și cito-chimice de studiere a imunogenezei și a influenței exercitate de sistemul nervos asupra acesteia", „Alimentația profilactică a muncitorilor industriali". În legătură cu ultima problemă s-a remarcat că se acordă prea puțină atenție „raționalizării alimentației persoanelor în vîrstă", problemă care face parte din vasta problemă a longevității. Se semnalează apoi interesul cu care a fost primită o comunicare în legătură cu prezența bacililor dizenterici la indivizi sănătoși.

Discuții animate au avut loc în secția organizatorică pe marginea referatelor prezentate de L. N. Hristov și I. D. Lebedev, care au ridicat problema rămînerii în urmă în reorganizarea serviciului sanitar. „Încercarea de a contopi sanepidurile cu spitalele raionale care duce la lichidarea sanepidurilor ca verigă de sine stătătoare..." este considerată de aceștia de-a dreptul „dăunătoare". În același timp încercările unora de a constitui inspecția sanitară de stat ca o organizație de sine stătătoare este în contradicție cu necesitatea actuală de a se asigura un serviciu sanitaro-antiepidemic unic.

Participanții au fost de acord cu părerile exprimate de Kurașov (Ministrul Sănătății R.S.F.S.R.) cu privire la „necesitatea studierii aprofundate a problemei igienei sociale și la repunerea în drepturi a acestei importante ramuri a științei".

În legătură cu problemele de statistică a morbidității generale, din discuții s-au cristalizat două puncte de vedere opuse :

1. Menținerea sistemului de evidență completă în toate unitățile și a morbidității generale (Kagan, Mazur și alții).

2. Menținerea evidenței doar pentru cele mai importante afecțiuni (studiul medicinei generale să se facă doar periodic pe anumite grupe de populație), pentru a scuti pe

medici de munca scriptologică superficială (Batkis, Merkov şi Gurevici).

S-au prezentat apoi referate importante în problemele imunizării combinate, culturii virusului rujeolic, imunizării antirujeolice, a ocrotirii sănătăţii copiilor şi adolescenţilor etc.

M. Olteanu

ASISTENŢA MEDICALĂ A COPIILOR ÎN MEDIUL RURAL

V. N. Karacevţeva

Analele R. S. Pediatria, 1956, nr. 2

În planul de muncă al Institutului de pediatrie din Moscova pe 1954 au fost incluse teme în legătură cu asistenţa curativo-profilactică a copiilor din mediul rural. Baza de cercetare a fost raionul Mojaisk din regiunea Moscova. S-au studiat : starea asistenţei medicale a copiilor, indicii morbidităţii prin boli infecţioase, cauzele deceselor sub un an, dispensarizarea etc.

Din cercetări a rezultat ca primă teză, aceea că institutele de pediatrie trebuie să prevadă în planul de activitate, studii privind organizarea asistenţei medicale a copiilor, orientîndu-se spre folosirea cît mai raţională a reţelei şi a cadrelor existente în mediul rural, adică a reţelei medicale de bază sub conducerea pediatrului de raion şi sub îndrumarea metodologică a ambulatoriilor de pediatrie.

O altă teză rezultată este aceea că felul măsurilor sanitare ce urmează a fi luate trebuie diferenţiate pe fiecare circumscripţie, în funcţie de cadrele medicale existente, de colectivităţi, amplasarea localităţilor etc.

O teză importantă pentru activitatea institutului este aceea că munca trebuie desfăşurată pe echipe formate din toate secţiile institutului sub conducerea secţiei de organizare. De asemenea, este necesară o participare largă, complexă, a diferiţilor specialişti, pentru ca anumite probleme să poată fi analizate mai profund.

Echipele se deplasau în centrul raional şi în circumscripţii, lucrînd o săptămînă în fiecare loc. Planul unic de muncă se întocmea de comun acord cu forurile raionale şi cu personalul medical. Volumul de muncă de cercetare era stabilit pe etape. Astfel, în prima etapă s-a cuprins starea sănătăţii şi situaţia asistenţei medicale rurale pentru copiii din raion.

Acţiunea institutului s-a desfăşurat pe trei linii : cercetare ştiinţifică organizatorico-metodologică şi munca ştiinţifică de interes practic, inclusiv calificarea personalului din teren. În acest sens s-a analizat situaţia sanitară şi modul de lucru al instituţiilor (dîndu-se sprijin consultativ acestora). S-a dat o deosebită atenţie ridicării nivelului profesional al cadrelor, în care scop s-au folosit o lungă serie de metode (conferinţe, stagii, seminarii, instrucţiuni metodologice, cărţi şi material de bibliotecă etc.).

Gradul de dezvoltare fizică al copiilor şi starea sănătăţii lor s-au studiat prin : examen clinic, talie, greutate, perimetru toracic, proba la tuberculină şi procentul hemoglobinei sanguine. Copiii au fost grupaţi pe grupe de vîrstă : 0—1; 1—3; 3—8; 8—10; 10—13; 14—16 ani. Rezultatele obţinute au fost comparate cu indicii dezvoltării fizice ai şcolarilor din Moscova elaboraţi de institut în 1949/1951.

S-a constatat că în mediul rural trebuie acordată cea mai mare atenţie copiilor de 0—3 ani şi în special celor de 0—1 an, care necesită o urmărire activă şi măsuri de asanare corespunzătoare.

Asanarea trebuie aplicată prin intermediul familiei şi cu mijloacele acesteia. Reuşita acestei munci depinde de organizarea muncii cadrelor cu o repartizare justă a timpului lor de muncă şi rezervarea anumitor ore pentru activitatea de patronaj, precum şi controlul muncii personalului medical, lucruri care s-au dovedit perfect realizabile.

Principala condiţie care permite un bun patronaj, adică o influenţare efectivă a felului de viaţă al copiilor, o constituie munca sanitară pe scară largă şi îmbunătăţirea culturii sanitare a populaţiei. O rezervă neutilizată în această direcţie este Crucea Roşie şi activul intelectualităţii rurale.

Cercetările Institutului de pediatrie au precizat rolul şi formele de muncă ale instituţiilor infantile rurale, în conformitate cu condiţiile de muncă şi de trai în colhozuri, S.M.T., sovhozuri.

O altă sarcină a institutelor este studierea principiilor de bază ale grupării copiilor, legate de organizarea unor instituţii unificate, creşe şi grădiniţe de copii, pentru copii de o lună pînă la 7 ani. De asemenea, este o sarcină şi cercetarea multilaterală a organizării asistenţei curativo-profilactice printre copiii din zonele de valorificare a terenurilor înţelenite.

Paralel trebuie dezvoltată munca de introducere în practică a metodelor moderne de tratament şi de lărgire a cunoştinţelor clinico-ştiinţifice a pediatrilor, prin publicaţii, conferinţe şi prelegeri. În acest sens, Institutul de pediatrie alcătuieşte un îndreptar pentru pediatrul raional.

E. Bad

PROIECT TIP PENTRU UN SPITAL RAIONAL CU 75 DE PATURI

Arh. Radu Berindei

Arhitectura R.P.R., 1956, nr. 8

S-au proiectat patru variante :

Varianta I pavilionară. Are grupată policlinica cu staţionarul. De asemenea, are maternitatea, secţia de contagioşi, serviciul de dezinfecţie cu spălătoria, toate separate.

Variantele a II-a şi a III-a sînt mixte. Maternitatea ia locul policlinicii în pavilionul central, anexele sînt strînse într-un volum mai concentrat şi amplasarea camerelor de bolnavi este pe faţada principală.

Varianta a IV-a, bloc. Are un pavilion principal, toate secţiile de spitalizare (cu excepţia contagioşilor), cît şi policlinica, ceea ce are avantaje funcţionale, precum şi economice, dar are dezavantaje mari, necesitînd două ascensoare.

E. Bad

RELAŢII ÎNTRE SĂNĂTATEA MINTALĂ ŞI SĂNĂTATEA PUBLICĂ

Coleman V. Jules

American J. Public Health, 1956, nr. 7, p. 805

Articolul subliniază faptul că sănătatea publică, ocupîndu-se de promovarea sanătăţii şi prevenirea îmbolnăvirii pentru largi grupuri de populaţie, aduce astfel o contribuţie directă la rezolvarea problemelor de sănătate mintală.

Această contribuţie ar putea fi îmbogăţită: a) prin asigurarea unei pregătiri psihiatrice, oferite — prin diverse metode — personalului de sănătate publică ; b) prin folosirea uriaşei sale experienţe dobîndite prin activitatea curativo-profilactică pe planul bolilor somatice şi în domeniul bolilor psihice.

Discutînd aspectele specifice activităţii de igienă mintală, autorul arată că aceasta se duce, nu numai prin servicii psihiatrice, ci şi prin variate tipuri de instituţii care rezolvă probleme individuale şi sociale creatoare de nemulţumiri, anxietate etc. Activitatea instituţiilor de tratamente medicale, de asistenţă socială individualizată, psihoterapie sau de îndrumare, poate atinge şi rezolva multe probleme ţinînd de ocrotirea sănătăţii pe planul bolilor psihice într-o colectivitate. De aceea, autorul insistă pentru acţiunea de coordonare a programelor cu caracter de igienă mintală pentru colectivitate, care sînt realizate de diversele instituţii medicale, de asistenţă socială şi psihiatrie.

El propune asigurarea acestei acţiuni cu cadrele necesare de coordonare. Aceste cadre de psihiatrie, psihologie, asistente sociale, surori de ocrotire, trebuie să aibă o specializare în sănătatea publică. Astfel specializate, aceset cadre vor putea studia, pe lîngă problemele de sănătate mintală, şi activitatea diverselor instituţii în prevenirea tratamentului şi controlul bolilor mintale.

Adriana Dumitrescu

ANALIZA MORBIDITĂŢII CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ

Dr. M. Marcovici, dr. V. Prodescu, dr. I. Şarf

Studiul temeinic al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă reprezintă un mijloc de bază pentru cunoaşterea stării sănătăţii muncitorilor din întreprinderi, dînd posibilitatea luării unor importante măsuri cu caracter economic şi social.

Acest studiu nu se poate face decît cu ajutorul unei metodologii ştiinţifice, care să redea caracteristicile esenţiale ale morbidităţii şi să permită efectuarea tuturor corelaţiilor necesare cu factorii numeroşi şi variaţi care o determină sau o influenţează.

Văzută prin prisma necesităţii unui astfel de studiu, lucrarea recenzată are caracterul unui îndreptar metodologic privind tehnica de raportare curentă (lunară) a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

În cele trei capitole ale sale, lucrarea cuprinde descrierea unor aspecte metodologice privind ţinerea evidenţei, prelucrarea şi analiza morbidităţii, după sistemul de raportare actual, mult mai dezvoltat şi mai complet decît instrucţiunile care s-au difuzat pe teren în anii trecuţi de către organele C.C.S. şi M.S.

Lucrarea are o serie de părţi pozitive, pe care le vom menţiona, precum şi anumite lipsuri, asupra cărora ne vom opri îndeosebi.

În consideraţiile teoretice de la începutul lucrării, autorii iau o poziţie justă în aprecierea importanţei metodei de cercetare a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, considerînd-o ca metodă principală de cunoaştere a morbidităţii din întreprinderi. Aceeaşi poziţie justă o găsim şi în precizarea obiectivului cercetării, compus din cele două elemente : cazurile de îmbolnăvire şi zilele de incapacitate în definirea noţiunilor de boală, morbiditate, caz de îmbolnăvire, privite prin prisma conţinutului lor legat de studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

În capitolul I, „Evidenţa morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă", lucrarea cuprinde cîteva scurte aprecieri asupra cer-

ificatului medical ca instrument de bază al studiului morbidității, regulile de codificare cu exemplificări adecvate, precum și descrierea raportului lunar, modul de întocmire a acestuia și considerații asupra clasificării bolilor cuprinse în raport.

Consider ca nepotrivită prezentarea în acest capitol a raportului lunar și codului bolilor, întrucît codificarea bolilor este parte integrantă a prelucrării statistice, iar întocmirea raportului este operația finală a prelucrării, după ce materialul statistic a fost supus controlului cantitativ și calitativ despuierii, codificării, grupării și centralizării datelor, după care se întocmește raportul.

Ca lipsuri, menționăm că lucrarea nu conține modelul certificatului medical, ca evidență de bază, nu analizează conținutul lui, nu arată regulile de întocmire și eliberare a acestuia, ceea ce ar fi fost de o utilitate deosebită pentru teren și în același timp adecvată obiectului lucrării, care, prin conținut (și nu din titlul lucrării), urmărește descrierea sistemului de evidență și raportare curentă a morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

Autorii caută să demonstreze că actuala clasificare a bolilor, cuprinsă în raport, satisface cerințele analizei, afirmînd că bolile cele mai frecvente sînt cuprinse în clasificare, la grupul „alte boli" intrînd numai bolile cu o frecvență mai scăzută. Autorii nu analizează însă grupul „alte boli". Sînt unele boli în acest grup care au o frecvență mai mare decît o serie de boli cuprinse separat în clasificare. Astfel, sînt pleuritele, apendicita, bolile oto-rino-laringologice, bolile de ochi și hipertensiunea, care sînt mai frecvente decît sifilisul, bolile profesionale, bolile de dinți și ale cavității bucale și chiar decît altele. Autorii nu analizează, de fapt, în mod critic această clasificare și nu scot în evidență lipsurile ei.

Capitolul al II-lea. „Prelucrarea statistică".

În acest capitol se descriu detaliat procedeele de calcul al indicilor morbidității și cîteva procedee de reprezentare grafică.

Faptul că autorii prezintă numai aceste probleme și nu descriu fazele prelucrării statistice în succesiunea lor normală (codificare, despuiere, grupare etc.) arată că autorii nu au avut în vedere necesitatea prezentării metodologiei prelucrării statistice într-un mod mai complet și sistematic. Ei s-au limitat numai la anumite operații, cum sînt codificarea și întocmirea raportului la capitolul de evidență (greșit încadrate), calculul indicilor și reprezentarea grafică la capitolul prelucrare, care în cadrul raportului lunar sînt de altfel operațiile principale. Nu se prezintă însă tehnica prelucrării statistice a certificatelor de concediu medical. Acest lucru era necesar și pentru ca la capitolul de analiză se vorbește despre necesitatea studiului pe sexe și vîrste, ceea ce presupune cunoașterea unor reguli de grupare statistică și o tehnică de prelucrare statistică mai dezvoltată.

Autorii acordă cîteva pagini semnificației indicilor, în care arată importanța acestora și criterii de apreciere.

Acest punct trebuia cuprins la capitolul prelucrării, unde, de altfel, sînt descrișii indicii, și nu rupt de aceștia în cadrul metodologiei analizei morbidității.

Nu este justă tendința de minimalizare a importanței indicelui de frecvență. Deși se afirmă că autorii nu sînt de acord cu acest lucru, totuși se încearcă să se scoată în evidență mai mult importanța zilelor de incapacitate, afirmîndu-se că frecvența reflectă, într-o măsură mai mică decît indicele de gravitate, situația morbidității dintr-o colectivitate.

Fiecare din acești doi indici are importanța lui bine precizată și caracteristici proprii fenomenului pe care îl exprimă; de aceea ei vor fi analizați totdeauna prin prisma acestor caracteristici, trebuind să li se acorde o importanță egală și să nu fie substituiți unul altuia. Se dau unele indicații asupra posibilităților de corelație a indicilor și asupra unor factori care determină variații ale indicilor (ca de exemplu modul de eliberare a certificatelor de către medici). Era bine dacă se insista asupra acestor aspecte.

În ceea ce privește reprezentarea grafică, nu se descriu decît două forme de reprezentare (diagrama în coloane și în cerc). Există și alte forme de reprezentare grafică, care se pot utiliza în cadrul acestui studiu și care era bine să fie menționate în lucrare (diagrama structurală în dreptunghi, historiograma, diagrama polară).

Metodologia analizei morbidității este inclusă la capitolul prelucrării, ceea ce nu este just. Comparația indicilor pe întreprindere, pe ateliere etc., este un proces metodologic care face parte din analiza statistică. De asemenea, comparațiile indicilor parțiali cu indicii medii ai acestora, cu cifrele de control etc.

De aceea, metodologia analizei morbidității ar fi trebuit încadrată și ea în capitolul al III-lea, care cuprinde analiza cauzelor morbidității. În rest, se poate considera că metodologia analizei este prezentată clar, criteriile de analiză sînt bine alese și cu exemplificări adecvate.

Capitolul al III-lea. „Analiza cauzelor morbidității".

Acest capitol este larg dezvoltat, diferiții factori cauzali fiind descriși în mod individual, cu multiple exemplificări pentru fie-

care din ei, arătîndu-se detaliat posibilităţile de interpretare a morbidităţii în corelaţie cu diverşi factori şi măsurile de combatere a morbidităţii. Se respectă, în general, schema analizei morbidităţii indicată de N. A. Vigdorcik, lucrare pe care autorii o citează. Desigur că metodologia ar fi fost mai bine concretizată dacă se dădea un exemplu de analiză a morbidităţii dintr-o întreprindere.

În ultima parte a lucrării, autorii arată necesitatea şi a unui studiu aprofundat al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, dînd unele indicaţii metodologice şi făcînd aprecieri adecvate în legătură cu importanţa, utilitatea, şi în acelaşi timp cu dificultăţile efectuării acestui studiu.

Autorii recomandă pentru acest studiu clasificarea pe 90 de boli utilizată în studiul morbidităţii generale, menţionînd însă că nu este întru totul corespunzătoare. De fapt această clasificare nu este corespunzătoare pentru studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, avînd în vedere deosebirile de frecvenţă şi structură ale acesteia faţă de morbiditatea generală.

Privită în ansamblu, lucrarea constituie un îndreptar preţios pentru studiul curent al morbidităţii, precum şi alte indicaţii metodologice cuprinse în materiale documentare existente. Acestea sînt prezentate în cadrul lucrării, într-un mod mai unitar şi mai complet, putînd astfel să aducă o contribuţie utilă la cunoaşterea modului de raportare a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă şi la analiza ei.

Lucrarea nu tratează însă într-un mod mai complet şi sistematizat metodologia prelucrării statistice şi nu ia o poziţie critică faţă de unele deficienţe ale actualului sistem de evidenţă şi raportare.

Dr. Ioan Lăpuşan

REZERVE NEFOLOSITE

Prof. *K. V. Maistrah*

Sovetskoe zdravovhranenie 1956, nr. 2.

Autorul analizează problema eficienţei utilizării paturilor de spital în U.R.S.S. Se menţionează că, deşi reţeaua de spitale şi staţionare se lărgeşte de la an la an, există totuşi unele lipsuri în privinţa asigurării populaţiei cu paturi.

De aceea are o mare importanţă *durata medie de spitalizare a bolnavului.* Într-adevăr, dacă s-ar scădea cu o zi această durată medie, rezultatul ar reprezenta posibilitatea de a spitaliza alţi 580 000 de bolnavi, fapt care altfel ar necesita 23 000 de paturi noi.

Deşi durata medie de spitalizare depinde în mod firesc de caracterul individual al bolii la fiecare bolnav, cifrele medii — mai ales comparate între ele — oferă o bază de orientare şi de apreciere a situaţiei.

Conform rapoartelor de activitate pe anul 1954, durata medie de spitalizare în boli interne a variat de la 11,6 zile (Republica Carelo-Finică) la 20,2 zile (Republica Letonă) şi a fost în medie, în întreaga U.R.S.S., de 16,3 zile.

Variaţii asemănător de mari există şi la chirurgie (durata medie de spitalizare: 13,1 —16,3 zile), la oncologie (durata medie de spitalizare : 21,6—32,8) etc.

Cauzele principale ale duratei medii crescute sînt :

1. Colaborare insuficientă între policlinică şi staţionar, în sensul că de multe ori bolnavii sînt internaţi fără a li se efectua în prealabil analizele de laborator, sau rezultatele analizelor efectuate ambulator nu ajung la timp sau nu ajung de loc la medicii staţionarului, făcînd necesară repetarea efectuării lor. În felul acesta se întîrzie începerea tratamentului şi se prelungeşte neîntemeiat durata spitalizării.

2. Prelungirea nemotivată a perioadei preoperatorii.

3. Prelungirea nemotivată a perioadei de spitalizare postoperatorie la cazuri care ar putea trece în tratament ambulatoriu (mai ales la spitalele clinice bază de învăţămînt).

4. Internarea nejudicioasă a unor cazuri de îmbolnăvire care pot fi tratate ambulator (ascaridoză, gastrită cronică etc.).

5. Insuficienta folosire de către policlinică a posibilităţilor de tratament ambulator, îndeosebi în domeniul intervenţiilor chirurgicale.

6. Spitalizarea unor bolnavi cronici (o proporţie de 10—15% din totalul bolnavilor intră în această categorie), care nu necesită tratament medical şi care ar trebui transferaţi în cămine, în lipsa rudelor apropiate.

În cadrul acestei probleme a bolnavilor cronici se citează experienţa Spitalului nr. 18 din Moscova, care a organizat spitalizarea la domiciliu pentru aceşti bolnavi sub îngrijirea unui oficiant sanitar (6—7 bolnavi pentru un oficiant sanitar), şi care sînt deserviţi de medicul şi sora de circumscripţie. În această problemă ar putea fi antrenat şi activul sanitar de masă.

7. Insuficienta folosire de către directorii de spitale a paturilor existente prin transferarea lor de la o secţie la alta în cadrul spitalului.

Autorul subliniază că îmbunătăţirea utilizării paturilor trebuie să meargă paralel cu ridicarea calităţii deservirii medicale a populaţiei, şi nicidecum în dauna sa.

Dr. Toma Huszar

BIBLIOGRAFIA

lucrărilor de organizare sanitară, statistică medico-sanitară, istoria medicinei și a legislației sanitare *

Organizare sanitară

1. AGAEV E. R. — Spitalul rural în slujba sănătății publice. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 10—14 (în limba rusă).
2. ALEKSANDROV A., MICIURIN A. — Cursuri fără frecvență a cadrelor conducătoare din sectorul ocrotirii sănătății. *Muncitorul medical (Med. rabotnik)*, 1956, nr. 63, p. 10—14.
3. AMOS B. E., HILLEBOE H. — Cum putem îmbunătăți învățământul de sănătate publică din punctul de vedere al Departamentului de sănătate? *American J. Public Health*, 1956, nr. 6 p. 691—695 (în limba engleză).
4. ANASTASATU C., LUCACIU V., RANCEA D., GELEPU E., BOTH V., VARADY G. — Studiul relațiilor dintre muncă și tuberculoză într-o mare întreprindere de pielărie. Cercetări de ftiziologie, vol. IV, p. 252—269.
5. * * *. — Asigurarea de bătrînețe a nesalariaților (Raportul curții de conturi.) *Semaine Médicale*, 1956, nr. 23, p. 798—803 (în limba franceză).
6. ASTVATATUROV K. R. — Organizarea asistenței venerologice la sate. Lecția a II-a. Moscova, Medghiz, 1956, p. 34 (în limba rusă).
7. * * * — Avizul de expertiză al capacității de muncă și consultarea de investigație sau documentare. *Revista Ministerului Prevederilor Sociale*, 1956, nr. 2, p. 52—58.
8. BECKERS R. — Probleme moderne în organizarea Serviciului spitalicesc de pediatrie. *Archives belges de médecine sociale*, 1956, nr. 3, p. 131—138 (în limba flamandă).
9. BELKIN M. B. — Asistența medicală a populației rurale în timpul lucrărilor agricole, *Sov. med.*, 1956, nr 4. p. 58, (în limba rusă).
10. BERINDEI RADU — Proiect tip pentru un spital raional cu 75 de paturi. *Arhitectura în R.P.R.*, 1956 nr. 8, p 20—25.
11. BRATU V., BURNEA D., OLARU I., OLTEANU M. — Organizarea sănătății. Manual pentru cadrele medii sanitare, Editura medicală, București, 1956, p. 275—277.
12. BRESLOW L., OTT N., CHIN V. — Activitățile pe linie de boli cronice în California. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 5, p. 453—458 (în limba engleză).
13. BROWN E. L. — Rolul surorii de sănătate publică în sănătatea mintală. *American J. Public Health*, 1956, nr. 6, p. 745—747 (în limba engleză).
14. *** — Bugetul social al Madagascarului, Comore și insulei Reunion (Raportul curții de conturi). *Semaine Médicale*, 1956, nr. 25—26, p. 876—880 (în limba franceză).
15. BUREIKO V. M. — Expertiza medicală a capacității de muncă. *Spravocinik prakticeskogo vracia* — 7-oe izd. Tom. II. Moscova, Medghiz, 1956, p. 929—950 (în limba rusă).
16. CADARIU GH. — Aspecte ale ocrotirii sănătății în întreprinderile din R. D. Germană. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 37, p. 4.
17. CHRISTENSEN A. W. — Cum îndeplinește Serviciul de ocrotire al sănătății publice

* Începînd cu acest număr, vom publica în mod regulat bibliografia selectivă a lucrărilor de organizare sanitară, statistica sanitară, istoria medicinei și a legislației sanitare. Bibliografia este întocmită în cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei.

responsabilitățile în ceea ce privește asistența medicală a populației civile. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 160, nr. 14, p. 1 209 (în limba engleză).
18. COHN M. MORRIS — Orașul viitorului (inginerie de sănătate publică). *American J. Public Health*, 1956, nr. 5, p. 601—605 (în limba engleză).
19. * * * — A doua conferință africană asupra paludismului. *Semaine Médicale*, 1956, nr. 23, p. 814—816 (în limba franceză).
20. Congresul Crucii Roșii a R.P.R. (7—9 iunie 1956). *Gata pentru apărarea sanitară*, 1956, nr. 6, p. 1—3.
21. Cel de-al XIII-lea Congres unional al medicilor igieniști, epidemiologi, microbiologi și specialiști în boli infecțioase (Leningrad, iunie 1956). *Muncitorul medical (Med. rabotnik)* 1956, nr. 52, p. 2—6.
22. Al XIII-lea Congres unional al igieniștilor, epidemiologilor, și medicilor de boli infecțioase. *Muncitorul medical (Med. rabotnik)*, 1956, nr. 51, p. 2—8.
23. Congresul igieniștilor, epidemiologilor, microbiologilor și medicilor de boli infecțioase (Leningrad, iunie 1956). *Muncitorul medical (Med. rabotnik)*, 1956, nr. 49, p. 2—5.
24. COLEMAN JULES — Relațiile dintre sănătatea mintală și sănătatea publică. *American J. Public Health*, 1956, nr. 7, p. 805—811 (în limba engleză).
25. Cooperarea cu medicii practicieni generali (Adunarea centenarului). *Public Health*, Londra, 1956, iulie, p. 267—268 (în limba engleză).
26. Consiliul național de sănătate asupra bolilor cronice. *Public Health Reports*, 1956, nr. 7, p. 675—696 (în limba engleză).
27. DABIS L. — Prima catedră maghiară de organizare sanitară. *Nepegeszségügy*, 1956, nr. 2, p. 36 (în limba maghiară).
28. DALY E. și MORCHEAD M. — O metodă de evacuare și de îmbunătățire a calității asistenței medicale. *American J. Public Health*, 1956, nr. 7, p. 848—845 (în limba engleză).
29. DIJON H. — Secretul profesional în spital. *Semaine Médicale*, 1956, nr. 23, p. 811—814 (în limba franceză).
30. DUMITRESCU A .— Despre moașe. Elemente de legislație sanitară comparată. *Munca sanitară*, 1956, nr. 3, p. 263—265.
31. ENĂCHESCU M. — Institutul de expertiză și recuperare a capacității de muncă și comisiile medicale de expertiză în țară. *Revista Ministerului Prevederilor Sociale*, 1956, nr. 1, p. 50—57.
32. Evaluarea în sănătatea publică. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 6, p. 525—529 (în limba engleză).
33. Facultatea de medicină din Paris. Înscrieri. *Semaine Médicale* 1956, nr. 29—30, p. 964—966 (în limba franceză).
34. FEDOTOVA K. G. — Experiența activității de 3 ani a cabinetului de boli intestinale de pe lîngă spitalul unificat C.F. al stației Kuibîșev *J.M.E.I.*, 1956, nr. 5, p. 70 (în limba rusă).
35. FERRERO G. — Ulcerul gastro-duodenal al bolii sociale. *Medicina Socială*, Torino, 1956, nr. 4, p. 134—137 (în limba italiană).
36. FILATOV I. V. — Contribuții la problema dispensarizării populației pentru combaterea anginei. *Vestnik oto-rino-laringologhii*, 1956. nr. 3, p. 11 (în limba rusă).
37. FLECK STEPHEN — Pregătirea surorilor pe probleme de sănătate mintală al activității de teren de sănătate publică. *American J. Public Health*, 1956. nr. 6, p. 748—754 (în limba engleză).
38. FRIZELLE G. M. — Sănătatea publică în Italia ocupată (I), *Public Health*, Londra, 1956, august, p. 280—284 (în limba engleză).
39. GALEAZZI LISI — Pentru o medicină funcțională, o terapeutică funcțională și preventivă. *L'Union Médicale du Canada*, 1956, nr. 7, p. 820—823 (în limba franceză).
40. GAYRAL L. — Igiena și profilaxia mintală a adolescenților la muncă. *Arch. maladies prof.*, 1956, nr. 4, p. 311—320 (în limba franceză).
41. GHERING — Iarăși despre „sarcinile actuale ale planificării ocrotirii sănătății". *Das deutsche Gesundheitswesen*, 1956, nr. 7, p. 232 (în limba germană).
42. GOMELSKAIA G. L. — Despre metoda de analiză a raportului de activitate a spitalului orășenesc. *Analele romîno-sovietice, Igiena și organizarea sanitară*, 1956, nr. 3, p. 80—86, Din. *Sov. zdrav.*, nr. 6, 1955.
43. GRANT G. — Sănătatea studenților — un punct de vedere anglo-american. *Public Health*, Londra, 1956, august, p. 285—288 (în limba engleză).
44. GRITKOV G. M., TESLIN I. I., FOMICEV M. M. — Bazele principale ale organizării balneotehnice în stațiunile de cură. Moscova, Medghiz, 1956, p. 81—83 (în limba rusă).

45. GROSSO LUIGI — Voluntarii fraternității de stradă. *Medicina Socials, Torino*, 1956, nr. 5, p. 182—185 (în limba italiană).
46. GUYMER R .F. — Instrucția în cadrul ingineriei de sănătate publică. *Public Health*, Londra, 1956, august, p. 289—290 (în limba engleză).
47. HAHN G. — Unele probleme teoretice și de terminologie ale igienei. *Nepegeszsegügy*, 1956, nr. 3, p. 57 (în limba maghiară).
48. HEINRICH — Profilul și pregătirea inspectorului de igienă. *Die Heilberufe*, Berlin, 1956, nr. 4, p. 138—139 (în limba germană).
49. HOLLMANN W. — Importanța consultațiilor speciale policlinice pentru combaterea bolilor cu răspîndire în masă. *Ztschr. ärztl. Fortbildung*, 1956, nr. 10, p. 246 (în limba germană).
50. HOWARD J. M. ș.a. — Unitate medicală mobilă pentru acordarea asistenței medicale a populației civile. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 160, nr. 14, p. 1 211 (în limba engleză).
51. HOWARD R., PERKINS G. — O încercare de a îmbunătăți serviciile sanitare pentru muncitorii agricoli migranți. *American J. Public Health*, 1956, nr. 5, p. 606—611 (în limba engleză).
52. HOZIER J. B. — Responsabilitățile Serviciului de ocrotire a sănătății publice în acordarea asistenței medicale a populației civile. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 160, nr. 14, p. 1 206 (în limba engleză).
53. IANEV B. — Ocrotirea sănătății elevilor în Republica Populară Bulgaria. *Analele romîno-sovietice. Igiena și organizarea sanitară*, 1956, nr. 3, p. 41—46. *Ghighiena i sanitaria*, nr. 8, 1955.
54. IVAN I. M., BIBERI-MOROIANU SANDA, NICHITA O. — Studiul epidemiologic al hepatitei epidemice, virotice, într-un raion din București. *Studii și cercetări de inframicrobiologie, microbiologie și parazitologie* (Academia R.P.R. Inst. de inframicrobiologie), 1956, nr. 1—2, p. 35—49.
55. ILEA T., GROM L., PRUTEANU P. și colaboratorii — Organizarea ocrotirii sănătății. Editura medicală, București, 1956, 558 p.
56. JAMES G. — Schimbînd problemele principale în sănătatea publică. *Public Health Reports, Washington*, 1956, nr. 7, p. 666—671 (în limba engleză).
57. KANTOR L., TOTH B. — Activitatea sanepidurilor în domeniul igienei publice. *Nepegeszsegügy*, 1956, nr. 4, p. 89 (în limba maghiară).
58. KARACEVȚEVA V. M. — Asistența medicală a copiilor în mediul rural. *Analele romîno-sovietice, Pediatria*, 1956, nr. 2, p. 111—118. Din : *Pediatria*, 1955, nr. 6,
59. KATAY A. — Activitatea epidemiologică a sanepidurilor. *Nepegeszsegügy*, 1956, nr. 4, p. 92 (în limba maghiară).
60. KEREN K. — Ocrotirea celor mai tineri cetățeni ai Republicii Democrate Germane. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 3, p. 95 (în limba germană).
61. KISELEV A. — Despre nivelul asistenței medicale (pentru populația orășenească). *Muncitorul medical* (Med. rabotnik), 1956, nr. 71, p. 5—8.
62. KOLUMBAN M., FODOR B., MANU V., HORVATH P. și alții — Studiul aplicării metodei de dispensarizare la o întreprindere cu punct de sănătate condus de medic. *Revista medicală a Institutului medico-farmaceutic*, Tg. Mureș, 1956, nr. 1, p. 58—61.
63. KOVRIGHINA M. — Să îmbunătățim incontinuu asistența medicală a populației. Traducere din *Mediținski rabotnik*, 1956, nr. 73, p. 3.
64. LEAVELL H. — Pregătirea academică pentru educația sanitară. *American J. Public Health*, 1956, nr. 5, p. 581—584 (în limba engleză).
65. LEBEDEV A., LUGANSKI A. — Direcția generală a Ministerului Ocrotirii Sănătății al R.S.F.S.R. și periferia ei (problema creșterii morbidității în rîndurile muncitorilor industriali). *Muncitorul medical* (Med. rabotnik), 1956, nr. 52, p. 10—15 ; nr. 53, p. 1—6.
66. LEFF S. — Sănătatea publică în U.R.S.S. *Public Health*, Londra, 1956, aprilie, p. 146—148 (în limba engleză).
67. LORD A. — Organizatori de sănătate. *Public Health*, Londra, iulie, 1956, p. 254—258 (în limba engleză).
68. LUDKIN S. — Reflecțiile unui organizator de sănătate de district. *Public Health*, Londra, 1956, iunie, p. 230—233 (în limba engleză).
69. LUPU N. GH. — Clinica și expertiza capacității de muncă. *Revista Ministerului Prevederilor Sociale*, 1956, nr. 1, p. 6—8.
70. LUPU N. GH., KELEMEN A., SEROPIAN E. — Probleme de metodologie ale învățămîntului de clinică medicală la institutele de medicină. *Medicina internă*, 1956, nr. 3.
71. MAC NALTY, SIR ARTHUR — Promovarea sănătății națiunii. *Public Health*, Londra, 1956, iulie, p. 275 (în limba engleză).

72. MANANNIKOVA N. V. — Organizarea deservirii copilului în spitalul unificat de copii. Moscova, Medghiz, 1955, p. 96—98 (în limba rusă).
73. MAURER M. — Introducerea la expertiza medicală a capacității de muncă. *Revista Ministerului Prevederilor Sociale*, nr. 2, 1956, p. 3—23.
74. MAXCY, KENNETH F. — Medicina preventivă și igena. Ed. 7. New-York, 1951, XV * 1462 p. cu ilustrații (în limba engleză).
75. * * * Medicul de întreprindere. Editat de dr. Elfriede Paul. Berlin, 1954, 132 p. (în limba germană).
76. MIHAILICENKO G. P. — Despre ridicarea calificării directorilor de spitale. Analele romîno-sovietice, *Igiena și organizarea sanitară*, 1956, nr. 3, p. 87—90. Din *Sov. zdrav.*, nr. 5, 1955.
77. MIRCEA MONA, MATEESCU E., ELIAS P., BUTNARU M. — Din experiența aplicării sistemului de muncă ciclic al medicului consultant în rețeaua de obstetrică și ginecologie. *Obstetrica și ginecologia*, 1956, nr. 3, p. 256—262.
78. MOSLOLYGO D. — Stadiul actual și sarcinile luptei antituberculoase. *Nepegeszsegügy*, 1956, nr. 2, p. 37 (în limba maghiară).
79. MÜLLER-HEGEMANN D. — Observații critice cu privire la expertiza medicală. *Deutsche Gesundheitswesen*, 1956, nr. 13, p. 417 (în limba germană).
80. NAGEL V. — Sarcinile actuale ale planificării ocrotirii sănătății. *Das deutsche Gesundheitswesen*, 1956, nr. 7, p. 323 (în limba germană).
81. NEUMAN V. — Cercetări asupra activității căminelor și a creșelor. Népégeszsegügy, 1956, nr. 5, p. 127 (în limba maghiară).
82. NEUPOKOEVA T. L. — Spitalele rurale în R.S.S. Bielorusă. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 3—9 (în limba rusă).
83. NEUPOKOEVA T. L. — Situația și măsurile de îmbunătățire a activității centrelor de aviație sanitară. *Sov. med.*, 1956, nr. 4., p. 80 (în limba rusă).
84. NGUYEN DUC-KHOI — În Vietnamul liber (Organizarea actuală a sănătății. Starea sănătății publice). *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 39, din 22 septembrie, p. 2.
85. Ocrotitea sănătății în R.P.F. Iugoslavia. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 43 din 20 octombrie, p. 4.
86. OLSON S. W. ș.a. — Unitatea medicală mobilă pentru acordarea asistenței medicale a populației civile (I). *J.A.M.A.*, 1956, vol. 160, nr. 14, p. 1 202 (în limba engleză).
87. Organizarea igienei școlare în R.P. Polonă. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 35 din 25 august, p. 4.
88. PANEV, ASEN KR. — Organizarea ocrotirii sănătății. Sofia, 1955, 430 p. (în limba engleză).
89. POLONSKAIA V. P. — Măsuri organizatorice pentru prevenirea tulburărilor actuale de digestie și nutriție la sugari. *Analele romîno-sovietice, Pediatria*, 1956 nr. 2, p. 106—110. Din *Pediatria*, nr. 4, 1955.
90. Principii directoare privind organizarea serviciilor medicale de muncă în întreprinderi. *Arch. des maladies prof.*, 1956, nr. 4, p. 382—396 (în limba franceză).
91. Problemele de igienă în cel de al șaselea plan cincinal al dezvoltării economiei naționale. *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 3, p. 3 (în limba rusă).
92. Problemele informării medicale. Răspunsul prof. agregat P. Milliez. În *Semaine Médicale*, 1956, nr. 29—30, p. 942 (în limba franceză).
93. Problemele informării medicale. Punctul de vedere al jurnaliștilor specializați. *Semaine Médicale*, 1956, nr. 29—30, p. 939—941 (în limba franceză).
94. Proiect tip pentru construcții provizorii de șantier. Punct de sănătate cu cameră de izolare pentru șantiere cu 1 000 de muncitori $\frac{\text{B. 5. c.}}{\text{CP. 20. 56}}$ București, Editura Tehnică, 1956, 13 p. + 7 pl.
95. Propuneri de raport asupra calificării educative a igieniștilor dentari de sănătate publică. *American J. Public Health.*, 1956, nr. 7, p. 899—905 (în limba engleză).
96. Raport de activitate pe anul 1955. Geneva, Comitetul internațional al Crucii Roșii, 1956, 85 p. + 1 f. ilustr. (în limba franceză).
97. Regimul de securitate socială în mine și în agricultură (Raportul curții de conturi). *Semaine Médicale*, 1956, nr. 22, p. 757—777 (în limba franceză).
98. Regimul de securitate socială a studenților (Raportul curții de conturi). *Semaine Médicale*, 1956, nr. 23, p. 797—798 (în limba franceză).
99. Regimurile (de securitate socială) ale funcționarilor titulari civili de stat și ale militarilor (Raportul curții de conturi). *Semaine Médicale*, 1956, nr. 23, p. 793—797 (în limba franceză).

100. RENKER K. — Dispensarizarea în întreprinderi. *Ztschr. ärztl. Forbild.*, 1956, nr. 10, p. 424 (în limba germană).
101. ROSTOTKI I. B. — Dispensarizarea populației orășenești și rurale. Spravocinik prakticeskogo vracia... 7-oe izd. Tom. II. Moskva, Medghiz, 1956, p. 951—958 (în limba rusă).
102. ROSTOTKI I. B. — Principiile de bază, metoda de lucru și structura instituțiilor curativo-profilactice din orașe și sate. Lecția I, tradusă din limba rusă. București, I.M.F., 1956, 31 p.
103. Să lărgim schimbul de experiență și informație (în legătură cu conferința miniștrilor sănătății din 11 țări de democrație populară, ținută la Krinița-Polonia, în aprilie, 1956). *Muncitorul medical (Med. rabotnik)*, 1956, nr. 47, p. 14—17.
104. Să mărim rolul ministerelor ocrotirii sănătății din republicile unionale (în legătură cu lărgirea drepturilor organelor republicane), în domeniul construcției economice și culturale). *Muncitorul medical (Med. rabotnik)*, 1956, nr. 48, p. 2—5.
105. SAVVATIMSKAIA N. P. i. EDELMAN Z. I. — Reumatismul la copii și organizarea luptei împotriva lui... Moskva, Medghiz, 1956 (în limba rusă).
106. SCHNEIDER A., GĂINĂ I., HRISTESCU I. ș.a. — Ocrotirea sănătății femeilor muncitoare în profilul obstetrico-ginecologic în raionul Gh. Gheorghiu-Dej din Capitală. *Obstetrica și ginecologia*, 1956, nr. 2, p. 173—177.
107. SEAGLE, EDGAR F. — Prevenirea accidentelor în cadrul sanitației. *Public Health Reports*, 1956, nr. 5, p. 468—470 (în limba engleză).
108. Securitatea Socială (Raportul curții de conturi; răspunsurile ministerelor). *Semaine Médicale*, 1956, nr. 21, p. 721—741 (în limba franceză).
109. Securitatea socială (Raportul Curții de Conturi). *Semaine Médicale*, 1956, nr. 20, p. 681—705 (în limba franceză).
110. SELEZNEVA V. T., DASKEVICI A. I. — Stațiile sanitaro-antiepidemice în raioanele sătești. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 24—27 (în limba rusă).
111. STUDNITIN A. A., TURANOVA N. M. — Structura și organizarea muncii în dispensarul dermato-venerologic. Lecția I. Moscova, Medghiz, 1956, 60 p. (în limba rusă).
112. Succesele ocrotirii sănătății în R.P. Mongolă. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 29 din 14 iulie, p. 4.
113. Sugestii de activitate pentru departamentele de sănătate în legătură cu prevenirea accidentelor la domiciliu. *American J. Public Health*, 1956, nr. 5, p. 625—630 (în limba engleză).
114. TERRIS MILTON, MARY A. MONK. — Tendințe recente în distribuția medicilor în statul New York. *American J. Public Health*, 1956, nr. 5, p. 585—591, (în limba engleză).
115. TIMOK I. M. — Activitatea profilactică a medicului. Lecția a 3-a și a 4-a. Tradusă din limba rusă. București, I.M.F., 1956, 50 p.
116. TÎRNĂVEANU B., ZEGA N. — Probleme actuale ale medicului culturii fizice. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 36 din 1 sepetmbrie, p. 3.
117. TUDOR A., PESCARU A. — Eliberarea certificatului medical. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 34 din 18 august, p. 2.
118. VAUGHAN H., GETTING VLADO. — Cum putem îmbunătăți învățămîntul de sănătate publică? *American. J. Public Health*, 1956, nr. 6, p. 696—701 (în limba engleză).
119. VICZI L. — Activitatea secțiilor de laborator ale sanepidurilor în anul 1955. *Népegészségügy*, 1956, nr. 4, p. 99 (în limba maghiară).
120. VILMON I. — Organizarea sanitară din țara noastră și valoarea ei. *Népegészségügy*. 1956, nr. 2, p. 48 (în limba maghiară).
121. VOROHOBOV L. A. — Contribuții la studiul problemei organizării asistenței traumatologice ambulatorii la copii. *Ortopediia, travmatologhiia i protezirovanie*, 1956, nr. 2, p. 36 (în limba rusă).
122. WEBER G. — Cu privire la calificarea muncitorilor cu răspundere din conducerile spitalelor noastre. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 3, p. 98 (în limba germană).
123. WEIGEL H. — Noul în domeniul ocrotirii sănătății răzbate — urmați exemplu de la Wismer și Hochweitzschen. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 3, p. 89 (în limba germană).
124. WEIL E. — Prelegere pentru studenți cu privire la organizarea sanitară. *Népégészségügy*, 1956, nr. 11, p. 356 (în limba maghiară).
125. WENDT H. — Contribuție la expertiza nevrozelor. *Deutsche Gesundheitswesen*, 1956, nr. 13, p. 424 (în limba germană).
126. ZAHAROV F. G., DEREABINA V. L. — Rezultatele și perspectivele unificării poli-

clinicilor cu spitalele. *Analele romîno-sovietice, Igiena şi organizarea sanitară*, 1956, nr. 3, p. 73—79. Din *Sov. zdravoohranenie*, 1955, nr. 6.

127. ZUBEK L. — Rolul sanepidurilor în educaţia sanitară. *Népégeszségügy*, 1956, nr. 4, p. 95 (în limba maghiară).
128. ZUCKEL W., HILLEBOE H., DOYLE J. — Programele de boli cardio-vasculare pentru comunicate. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 5, p. 425—435 (în limba engleză).
129. MAJOR BELA, MALNASI GEZA. — Rezultatele dispensarizării de 2 ani a bolnavilor ulceroşi de la o fabrică de mobile. *Revista medicală a Inst. Medico-farmaceutic*, Tg. Mureş, 1955, nr. 1—2, p. 130—132.

Statistica sanitară

130. GOLLI V., KNOBLAUCH A., HORVATH E., IOAN I. — Consideraţii asupra formelor de tuberculoză pulmonară provenite din depistări şi internate în sanatorii. *Ftiziologia*, 1956, nr. 4, p. 364—367.
131. GRININA O. V. — Importanţa politico-socială a cercetărilor de statistică sanitară din a doua jumătate a secolului al XIX-lea. *Analele romîno-sovietice, Igiena şi organizarea sanitară*, 1956, nr. 3, p. 95—101. Din *Sov. zdravoohranenie*, nr. 4, 1955.
132. KUVŞINIKOV P. A. — Metode statistice în cercetările clinice. Bucureşti, C.D.M., 1956, 270 p. (Trad. din limba rusă dact.).
133. LILIENFELD A. — Variaţii în mortalitatea prin boli de inimă (rasă, sex şi stare social-economică). *Public Health Reports, 1956*, nr. 6, p. 545—552 (în limba engleză).
134. NIŢESCU V., POZSGI N., SORESCU A., PANAITESCU D. şi alţii — Probleme legate de cercetările helmintologice în regiunile miniere. *Studii şi cercetări de inframicrobiologie, microbiologie şi parazitologie*. Academia R.P.R. Inst. de inframicrobiologie, 1956, nr. 1—2, p. 193—202.
135. Principii de bază privind statistica serviciilor de sănătate publică. *Public Health Reports*, 1956, nr. 6, p. 521—524 (în limba engleză).
136. Statistici epidemiolologice şi demografice anuale. 1952, O.M.S. Geneva, 1955, 543 p. (în limba franceză).
137. Statistici epidemiologice şi demografice anuale, 1953, O.M.S., Geneva, 1956, 571, p. (în limba franceză).
138. Statistici de serviciu în sănătatea publică. *Public Health Reports*, 1956, nr. 6, p. 519—520 (în limba engleză).
139. TIZZANO A. — Metode de măsurătoare statistică ale morbidităţii. *Notziiarion dell'amministrazione sanitaria*. Roma, 1956, nr. 3, p. 178—180 (în limba italiană).
140. WIESSMANN G. — Cu privire la statistica instituţiilor ambulante. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 3, p. 94 (în limba germană).

Istoria medicinei

141. ALBU PAULA — Din viaţa şi activitatea marelui biolog Emil G. Racoviţă 1868—1947. *Natura*, 1956, nr. 3, p. 1—9.
142. Prof. DIMITRIE BAGDASAR — 10 ani de la moartea marelui savant. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 30, din 21 iulie, p. 4.
143. BARBU G. — Le développement des recherches d'Histoire de la Médecine dans la République Populaire Roumaine. Communication présentée au XV-e Congrès international d'Histoire de la Médecine. Madrid, septembrie, 1956 (Bucureşti), 1956, 8 p.
144. BAUER H. — Cinci mii de ani de medicină. Descoperiri şi descoperitori, ediţia a II-a, Leipzig, F. A. Brokhaus, 1955, 342 p. (în limba germană).
145. BENEDEK J. — Dr. Fodor József, întemeietorul igienei ca ştiinţă în Ungaria. *Rev. medicală a Inst. medico-farmaceutic*, Tg. Mureş, 1956, nr. 1, p. 83—85.
146. BOITOVA A. A. — Din istoria dezvoltării staţiilor sanitare. *Analele Romîno-sovietice, Igiena şi organizarea sanitară*, 1956, nr. 4, p. 99—104. *Ghighiena i sanitaria*, 1955, nr. 10.
147. BOLOGA VALERIU L. — VICTOR BABEŞ. *Ştiinţă şi tehnică*, 1956, nr. 10, p. 14-16.
148. BOLOGA V., ŞTEFAN DĂNILĂ, TEODOR GHIŢAN — Sägeantiges instrument aus einem Keltichen Band-Grab, gefunden bei Galati-Bistriţa (Nord Rumänien), Wahrscheinlich Trepaantionssäge. Bericht erstattet am XV. Kongress für Geschichte der Medizin. Madrid, septembrie, 1956 (Bucureşti), 1956 ,11 p. + 2 pl.
149. BRĂTESCU G. et MANOLIU V. — Sources roumaines de l'incographie médicale du

XVI-e siècle. Congrès international d'Histoire de la Médecine. Madrid, septembrie, 1956 (Bucureşti), 1956, 7 p. + 11 foi cu planşe.

Medizin. Madrid, septembrie, 1956 (Bucureşti), 1956, 11 p. + 2 pl.

p. 14 — 16.

150. BRĂTESCU GH. — 30 ani de la moartea profesorului Toma Ionescu. *Munca Sanitară*, 1956, nr. 3, p. 251—256.

151. GHELERTER IULIU. — Victor Babeş. Communication présentée au XV-e Congrès international de l'Histoire de la Médecine. Madrid, septembrie, 1956 (Bucureşti), 1956, 13 p.

152. GHELERTER IULIU — Constantin Virnav (1806—1876). *Contemporanul*, 1956, nr. 35 din 31 august, p. 5. Antetitlu : Calendar.

153. GHELERTER IULIU — Doctorul romîn Ştefan Stîncă. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 50—56 (în limba rusă).

154. HALEVY M. A. — Le rôle d'Isaac-Beg, médecin et ambassadeur de Uzun-Hassan, en Moldavie et dans les pays voisins. Communication présentée au XV-e Congrès international d'Histoire de la Médecine. Madrid, septembrie 1956 (Bucureşti), 1956, 19 p.

155. HUBNER H. — Paul Ehrlich. Amintiri personale despre fondatorul chimioterapiei. *Ztschr., ärztl. Fortbild.*, 1956, nr. 7/8, p. 340 (în limba germană).

156. IZSAK S. — Aportul medicinei ruse în problema narcozei. Rolul lui A. M. Filomafiţki şi N I. Pirogov. *Revista medicală a Inst. medico-farmaceutic*, Tg. Mureş, 1956, nr. 3, p. 89—93.

157. IZSAK S. — La Collection-musé d'Histoire de la Pharmacie de Cluj. Communication présentée au XV-e Congrès international d'Histoire de la Médecine. Madrid, septembrie 1956 (Bucureşti), 1956, 10 p. + 3 foi planşe.

158. IZSAK S. — Ştefan Stîncă. Viaţa şi opera lui medicală (1865—1897). Bucureşti, Editura medicală, 1956. 46/48 (Colecţia S.R.S.C., 169).

159. KLOSE H. — Medicina, natura şi arta. Halle (Saale), VEB Carl Merhold Verlag, 1955, 140 p. (Sammlung zwangsoser Abhandlungen aus dem Gebiete der Chirurgie (în limba germană).

160. KREINDLER A. — Zece ani de la moartea profesorului Dimitrie Bagdasar. Un eminent savant şi patriot al ţării noastre. Scînteia, 1956, nr. 3 656 din 24 iulie, p. 2.

161. * * * — NIKOLAI ALESANDROVICI KURŞAKOV (Cu ocazia împlinirii a 70 de ani de la naştere). *Kliniceskaia med.*, 1956, nr. 3, p. 3 (în limba rusă).

162. LARRICK P. GEORGE — 50 de ani de protecţie a alimentelor şi medicamentelor. Date semnificative de istoria legilor asupra alimentelor şi medicamentelor. *Public Health Reports*, 1956, nr. 6, p. 557—559 (în limba engleză).

163. LEJGANEC GUSTAV — Învăţămîntul medical în Republica Cehoslovacă în perioada 1945—1955. *Analele romîno-sovietice, Igiena şi organizarea sanitară*, 1956, nr. 3, p. 91—94, Din *Sov. zdravoohranenie*, nr. 4, 1955.

164. MILCU ŞT., GRAUR GR. — Academicianul prof. dr. Daniel Danielopolu. *Revista de fiziologie normală şi patologică*, 1956, nr. 2, p. 131—142.

165. MÜLLER, REINHOLD F. G. — Bazele vechii medicine indiene. Kobenhayn, E. Munksgaard, 1951. 163 p. + 3 tabele (în limba germană).

166. MÜLLER, REINHOLD F. G. — Embriologia veche indiană. Leipzig, J. A. Barth, 1955, nr. 52 p. (în limba germană).

167. NICOLAU ŞT. — Zece ani de la moartea savantului patriot Dimitrie Bagdasar. *Gazeta literară*, 1956, nr. 29 din 19 iulie, p. 1.

168. PARHON C. I. — O proeminentă figură a ştiinţei medicale (dr. D. Bagdasar, cu prilejul împlinirii a zece ani de la moartea sa). *Contemporanul*, 1956, nr. 29 din 20 iunie, p. 5.

169. PRUTEANU P. — Despre concepţiile lui I. Felix ca organizator de sănătate publică. Iaşi, 1955, p. 13—29 (Inst. de Medicină Iaşi) (Buletinul sesiunii ştiinţifice, 4—6 iunie 1954. Extras).

170. REZNIKOVA L. Ş. — La a 50-a aniversare a reacţiei Wassermann. *Vestnik venerologhii i dermatologhii*, 1956, nr. 3, p. 33—37 (în limba rusă).

171. RIPPA B. K. — Din istoria medicinei în Slovacia. Bratislava, Vydavatel'stvo slovenskej Akamedie Vied, 1956, 200—201/p. (în limba cehă).

172. SMITH PIERRE — René Leriche şi chirurgia contemporană. *L'Union Médicale du Canada*, 1956, nr. 6, p. 700—703 (în limba franceză).

173. SPIELMANN I. — Elemente mecanicist-materialiste în concepţiile fiziologice ale lui Apáczai Cser János. Comunicare. *Studii şi cercetări ştiinţifice* (Acad. R.P.R., filiala Cluj), nr. 3—4, p. 69—77.

174. VASILIEV N. — Starea ocrotirii sănătății în America latină. *Muncitorul medical (Med. rabotnik)*, 1956, nr. 51, p. 23—25.
175. WALTON W. S. — Istoricul societății organizatorilor de sănătate *(Medical Officers of Health)*. 1856—1956. *Public Health, Londra*, 1956, mai, p. 160—226 în limba engleză).
176. BOLOGA V. — Cîteva date și interpretări în legătură cu studiul și gradul academic al lui Ioan Piuariu-Molnar (1749—1815). *Revista medicală a Institutului medico-farmaceutic*, Tg. Mureș, 1956, nr. 1, p. 68—88.
177. BOLOGA V., SPIELMAN I. — Din trecutul legăturilor medicale romîno-maghiare (pînă în a doua jumătate a secolului al XIX-lea). *Revista medicală a Institutului medico-farmaceutic*, Tg. Mureș, 1955, nr. 1—2, p. 17—24.

Legislație sanitară

178. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Instrucțiuni nr. 113/868/157/12.VIII.1955, pentru organizarea acțiunii de combatere a reumatismului la copii. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 1, p. 3—23.
179. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Regulament nr. 143/199/2.II.1956 privind funcționarea și funcționarea Centrului de asistență a cardiacilor (ASCAR). *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 4, p. 19—27.
180. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Instrucțiuni nr. 90816/6.II.1956 privind funcționarea chirurgului principal de regiune. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 3, p. 42-45.
181. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Instrucțiuni tehnico-organizatorice nr. 90/538/17.II.1956 pentru organizarea rețelei de endocrinologie și combatere a distrofiei endemice tireopate (D.E.T.). *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 4, p. 11—18.
182. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Instrucțiuni 90 117 din 23.III.1956 privind organizarea asistenței stomatologice. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 8, p. 10—20.
183. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Instrucțiuni nr. 90 908/4.1956 privind funcționarea intemistului principal de regiune. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 5, p. 11-14.
184. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Circulara nr. 101 893/156/25.IV.1956 a Ministerului Sănătății, Direcția antiepidemică privind acțiunea antipaludică + 3 anexe. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 6—7, p. 14—18.
185. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Hotărîrea comună a Minsiterului Sănătății a Consiliului Central al Sindicatelor, nr. 51 624/C.26.IV.1956, privind modificarea art. 55 din instrucțiunile pentru eliberarea certificatului de concediu medical + Anexa. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 5, p. 3 — 5.
186. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII — Instrucțiuni nr. 102 041/156/15.V.1956 privind profilaxia și combaterea poliomielitei ; 2 anexe. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 6 — 7, p. 75.
187. CONSILIUL DE MINIȘTRI AL R.P.R. — Hotărîrea nr. 1 118/19.VI.1956 privind organizarea posturilor sanitare ale Crucii Roșii a R.P.R. *Colecția de Hotăriri și dispoziții ale Consiliului de Miniștri al R.P.R.*, 1956, nr. 31 din 4 iulie, p. 272—273.
188. CONSILIUL DE MINIȘTRI AL R.P.R. — Hotărîrea pentru modificarea și publicarea Hotărîrii Consiliului de Miniștri nr. 3 485/1953 privind înființarea secundariatului clinic și de igienă cu stagiul de 3 ani și stabilirea drepturilor materiale ale secundarilor de clinică și de igienă. *Col. de Hot. și Disp. ale Cons. de Miniș. al R.P.R.*, 1956, nr. 34 din 19 iulie, p. 299—301.
189. *** — Cehoslovacia — Medici specialiști. *Recueil International de Législation Sanitaire*, 1956, nr. 1, p. 141—144 (în limba franceză).
190. *** — Egipt — Deontologie medicală. *Recueil International de Législation Sanitaire*, 1956, nr. 1, p. 72—76 (în limba franceză).
191. *** — Bulgaria — Examene medicale obligatorii. *Recueil International de Législation Sanitaire*, 1956, nr. 2, p. 226—233 (în limba franceză).
192. *** — Polonia. — Inspecția sanitară de stat. *Recueil International de Législation Sanitaire*, 1956, nr. 2, p. 334—339 (în limba franceză).
193. * * * — Boli venerice. Legislație sanitară comparată. *Recueil International de Législation Sanitaire*, 1956, nr. 2, p. 161—203 (în limba franceză).

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

Sumar nr. 1, 1956

ORGANIZAREA SANITARĂ

Conf. **G. Grosz**, conf. **A. Kelemen**, dr. **B. Marcovici**, dr. **E. Mateescu** dr. **M. Mircea**, dr. **C. Pîrlog**, dr. **I. Strul** — Studiu preliminar privind îmbunătățirea organizării și funcționării spitalelor clinice 3
Conf. **Andrel Kelemen** — Probleme de organizare a activității științifice în institutele de învățămînt medical 19
Dr. **Gh. Bungețianu**, dr. **Venson Petrovici**, dr. **O. Suteu** — Rezultatele internării în preventoriile de post-cură asupra copiilor convalescenți de tuberculoză 34

STATISTICA MEDICO-SANITARĂ

Prof. dr. **Teodor Ilea**, dr. **Eugen Bad**, dr. **M. Olteanu** și **Mircea Voiculescu** — Despre îmbunătățirea sistemului la nivelul circumscripției medico-sanitare rurale. 39
Dr. **Ion Lăpușan** — Clasificația (codul) bolilor în studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă 53
Adriana Dumitrescu — Metodologia științifică a cercetării statistice în domeniul medico-sanitar 72

ISTORIA MEDICINEI

Dr. **Gheorghe Brătescu**, conf. **Geza Brosz** — Tradiții democrate și revoluționare ale medicinei romîne 82
Sumarul și indexul revistei „Ocrotirea Sănătății în R.P.R." pe anul 1955 . . 94

Sumarul nr. 2, 1956

I. PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Dr. **V. Stoenescu**, dr. **M. Sima**, dr. **Gh. Isăcescu** — Spitalul raional, centru organizatorico-metodologic 99
Dr. **Șt. Ulpiu** — Probleme medico-sanitare din unitățile agricole socialiste . . 111
Dr. **T. Veber**, dr. **Claiciu** — Organizarea și rolul școlilor profesionale speciale în combaterea tuberculozei 116
Prof. **I. Pavel**, dr. **P. Milculescu**, dr. **D. Badralexe**, dr. **A. Radianov**, dr. **L. Cominovici**, **M. Bolea**, **M. Baniță** — Morbiditatea diabetică în București. O depistare în Circ. 17 B. 120
Dr. **D. Perețianu**, **M. Voiculescu** — Organizarea și funcționarea unui serviciu medico-sanitar de întreprindere într-un bazin forestier 125
Dr. **V. Bratu**, dr. **D. Abulius** — Aprecieri asupra organizării și folosirii activului sanitar de masă în lumina unor acțiuni sanitare în Capitală . . . 139

II. PROBLEME DE STATISTICĂ MEDICO-SANITARĂ

Dr. T. **Huszar** — In legătură cu discuţia din U.R.S.S. asupra metodelor de studiu al morbidităţii generale 146
Dr. M. **Sulică** — Despre importanţa fişei indivduale în analiza morbidităţii din instituţiile de copiii 153
L. **Petrescu** — Cîteva consideraţii metodologice privitoare la cercetarea natalităţii 159

III. PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ŞI OCROTIREA SĂNĂTĂŢII

Dr. A. **Fescaru** — 25 de ani de la înfiinţarea punctelor de sănătate din întreprinderi în U.R.S.S. 164
Conf. I. **Ghelerter**, dr. D. **Hociotă** — Misiunea doctorilor I. Felix şi A. Marcovici în Rusia, în 1865 170

IV. REFERATE

V. COMUNICARE

Sumarul nr. 3, 1956

Conf. **Voinea Marinescu** — Principalele probleme de ocrotire a sănătăţii dezbătute la conferinţa internaţională de la Kryniţa—R.P. Polonă 195
* * * — Medicul organizator al ocrotirii sănătăţii 200
Prof. T. **Ilea**, prof. P. **Manu**, dr. M. **Chiliman**, dr. I. **Lăpuşan**, dr. L. **Herşcovici**, dr. Nr. **Cesianu**, dr. T. **Niculescu** — Dispensarizarea muncitorilor de la o întreprindere metalurgică din Bucureşti 208
Dr. Gh. **Iliescu** — Unele probleme în legătură cu arondarea şi organizarea circumscripţiilor santiare rurale 223
Dr. A. **Mincu**, sora **Valeria Stoian** — Probleme de epidemiologie în combaterea sifilisului florid 229
Dr. V. **Ivanov**, dr. St. **Mantu**, St. **Steraide** — Importanţa cunoaşterii interesului populaţiei pentru problemele de ocrotire a sănătăţii publice în vederea orientării acţiunilor educativ-sanitare
Prof. A. **Gartner**, dr. A .**Kelemen**, dr. V. **Bratu** — Probleme privind elaborarea unui sistem de specializare a medicilor din R.P.R. 236

PROBLEME DE STATISTICĂ MEDICO-SANITARĂ

Conf. P. **Mureşan** — Metodologia analizei stării de sănătate a populaţiei la nivelul unei secţii sanitare regionale 246
Dr. I. LĂPUŞAN — Prelucrarea şi gruparea în studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă 257

PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ŞI A OCROTIRII SĂNĂTĂŢII

Dr. G. **Brătescu** — Critica organizării sanitare din Romînia burghezo-moşierească în lucrările lui St. Stîncă 271
D. **Berindei** — Despre relaţiile dintre Carol Davila şi Mihail Kogălniceanu . . 275
Dr. S. **Izsak** — Date privitoare la prima carte romînească de medicină tipărită de un medic romîn 280

LISTA LUCRĂRILOR NOU APĂRUTE

Sumarul nr. 4, 1956

Aspecte ale stării de sănătate a populației din R.P.R. 281

PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Dr. **I. Stoia**, dr. **I. Matache**, dr. **R. Nestor** — Importanța socială a reumatismului și combaterea lui în R.P.R. 302
Dr. **Caloenescu** — Unificarea Inspecției sanitare de stat și a Centrului sanitar și antiepidemic la nivelul regiunilor 311
Dr. **O. Rațiu**, dr. **S. Weintraub**, dr. **C. Constantinescu** — Studiul urgențelor chirurgicale abdominale în staționarul spitalul „Bernat Andrei" din Capitală 317

PROBLEME DE STATISTICĂ MEDICO-SANITARĂ

Dr. **V. Coroi**, dr. **I. Struhl**, dr. **M. Wender**, dr. **M. Duca**, dr. **I. Han** — Studiul morbidității la copii în circumscripția urbană 333
Dr. **Huszar Toma** — Cîteva probleme ale analizei morbidității cu incapacitate temporară de muncă 345
Dr. **Liviu Lebas**, **Holmik Margareta** — Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă într-un sector sanitar 351

PROBLEME DIN ISTORIA MEDICINEI ȘI A OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Dr. **G. Brătescu** — Despre asistența oferită de dispensarele asigurărilor sociale între cele două războaie mondiale 357
Conf. **P. Pruteanu** — Cercetări cu privire la personalul medical al Spitalului central din Iași de la fondarea lui pînă la Regulamentul organic . . . 361

INDEX ALFABETIC AL AUTORILOR REVISTEI „OCROTIREA SĂNĂTĂȚII" IN R. P. R.

ANUL 1956

Nr. crt.	Numele și pronumele	Nr. revistei	pag.
1.	Abulius D.	2	139
2.	Bald Eugen	1	39
3.	Bradalexe D.	2	120
4.	Baniță M.	2	120
5.	Berindei D.	3	275
6.	Bolea M.	2	120
7.	Bratu V.	2	139
8.	Bratu V.	3	236
9.	Brătescu Gh.	1	82
10.	Brătescu Gh.	3	271
11.	Brătescu Gh.	4	357
12.	Bungețianu Gh.	1	34
13.	Cabciu I.	2	116
14.	Caloenescu I.	4	311
15.	Cesianu N.	3	208
16.	Chiliman M.	3	208
17.	Cominovici L.	2	120
18.	Constantinescu C.	4	317
19.	Coroiu V.	4	333
20.	Duca M.	4	333
21.	Dumitrescu A.	1	72
22.	Gartner A.	3	236
23.	Ghelerter J.	2	170
24.	Grosz G.	1	3
25.	Grosz G.	1	82
26.	Han I.	4	333
27.	Herșcovici L.	3	208
28.	Hociotă	2	170
29.	Holmik M.	4	351
30.	Huszar T.	2	146
31.	Huszar T.	4	345
32.	Ilea T.	1	39
33.	Ilea T.	3	208
34.	Iliescu Gh.	3	223
35.	Isăcescu Gh.	2	99
36.	Ivanov V.	3	233
37.	Izsak S.	3	280
38.	Kelemen A.	1	3
39.	Kelemen A.	1	19
40.	Kelemen A.	3	236
41.	Lebas L.	4	345
42.	Lăpușan I.	1	53
43.	Lăpușan I.	3	208
44.	Lăpușan I.	3	257
45.	Mantu S.	3	233
46.	Manu P.	3	208
47.	Marcovici B.	1	3
48.	Marinescu V.	3	195
49.	Matache I.	4	302
50.	Mateescu E.	1	3
51.	Milculescu P.	2	120
52.	Mincu A.	3	229
53.	Mircea M.	1	3
54.	Mureșan P.	3	246
55.	Nestor R.	4	302
56.	Niculescu T.	3	208
57.	Olteanu M.	1	39
58.	Pavel I.	2	120
59.	Pereținu D.	2	125
60.	Pescaru A.	2	164
61.	Petrescu L.	2	159
62.	Petrovici V.	1	34
63.	Pirlog C.	1	3
64.	Pruteanu P.	4	361
65.	Rațiu O.	4	317
66.	Sima M.	2	99
67.	Steriade S.	2	233
68.	Stonescu V.	2	99
69.	Stoia I.	4	302
70.	Stoian V.	3	229
71.	Struhl I.	1	3
72.	Struhl I.	4	333
73.	Sulică M.	2	153
74.	Suteu O.	1	34
75.	Ulpiu St.	2	111
76.	Veber T.	2	116
77.	Voiculescu M.	1	39
78.	Voiculescu M.	2	125
79.	Weintraub S.	4	317
80.	Wender M.	4	333

În atenția autorilor

În vederea îmbunătățiri muncii redacționale, pentru a se putea tipări revista la timp și în condiții tehnice cît mai bune, se recomandă autorilor ca la întocmirea articolelor să țină seama de următoarele indicații:

1. Articolele vor fi scrise la mașină pe o singură față, la două rînduri, cu o margine lată de 4 cm în stînga textului. Articolele se vor trimite în dublu exemplar, din care unul va fi în mod obligatoriu originalul, și vor fi scrise cu noua ortografie a R.P.R. Nu se admit articole scrise pe foiță sau avînd ștersături ori modificări în text. Articolele se trimit la adresa: Societatea științelor medicale, str. Progresului nr. 8, Raionul „Gheorghe Gheorghiu-Dej", București.

Pe prima pagină se vor menționa:

a) titlul articolului;

b) pronumele și numele autorului;

c) denumirea instituției în care s-a făcut lucrarea;

d) dacă lucrarea a fost comunicată la S.S.M. se vor menționa filiala, secția și data comunicării.

2. Articolele vor purta în mod obligatoriu semnătura autorului (la sfîrșit, scrisă citeț) și adresa lui exactă, pentru a se putea trimite eventualele observații, precum și retribuția corespunzătoare.

3. Articolele nu vor depăși:

a) 4 pagini dactilografiate pentru recenzii, cronici, dări de seamă, note;

b) 6 pagini dactilografiate pentru probleme de tehnică și inovații;

c) 8 pagini dactilografiate pentru probleme de organizare, schimb de experiență;

d) 10 pagini dactilografiate pentru lucrări originale, cercetări experimentale;

e) 18 pagini dactilografiate pentru referate generale;

f) 4 pagini dactilografiate pentru fapte clinice.

4. Expunerea trebuie să fie clară și concisă, fără cuvinte și fraze inutile.

Se recomandă autorilor următorul plan: definiție și delimitarea subiectului, expunerea tehnicilor și a rezumatelor; discuții; concluzii și rezumate; *referințe bibliografice.*

Se recomandă utilizarea cifrelor relative (procentuale) și nu a celor absolute.

5. Articolele trebuie minuțios controlate de către autori, întrucît corectura nu se trimite autorului. Se vor verifica:

a) cifrele totalurilor și procentele; se va controla dacă cifrele cuprinse în tabele corespund cu cele din text;

b) se vor da indicații cu privire la titluri și subtitluri;

c) expunerea cazurilor clinice, descrierea unei tehnici și în general părțile care nu sînt esențiale pentru argumentația lucrării vor fi însemnate pe marginea stîngă cu o linie verticală și cu mențiunea „literă mică";

d) tabelele vor fi: numerotate cu cifre romane;

e) fotografiile, desenele, schițele, diagramele vor fi însemnate cu cifre arabe;

f) microfotografiile și desenele după microscop vor trebui să fie însoțite de indicația măririi;

g) se va arăta care desene, grafice, schițe etc. pot fi micșorate;

h) radiografiile vor fi însoțite de o schemă explicativă;

i) în cuprinsul textului se va menționa precis locul unde trebuie introdus tabelul sau desenul.

6. Tot materialul grafic (fotografii, desene, schițe, diagrame) trebuie să fie cît

mai redus, limitîndu-se la strictul necesar. Fotografiile vor fi de contrast, desenele precis executate, iar schițele și diagramele făcute în tuș. Nu se primesc schițe sau desene colorate.

Pe versoul desenului sau fotografiei se scriu: titlul articolului, numele autorului, numărul de ordine, precum și mențiunea „sus" și „jos".

Materialele grafice vor fi însoțite de legendele figurilor respective, precum și de un borderou separat cuprinzînd toate legendele figurilor, semnat, în care se vor indica numerele și locul lor în manuscris. Materialul grafic și borderoul se pun într-un plic pe care se notează titlul articolului și numele autorului și se anexează la manuscris.

Figurile fără legendă sau fără indicații în text nu vor fi publicate.

7. Articolele originale vor fi însoțite de un rezumat care să nu depășească 10 rînduri dactilografiate; nu se vor publica rezumate mai mari. — Aceste rezumate urmează să fie traduse în limbile: engleză, franceză, germană și rusă.

8. Bibliografia va fi dată în ordine alfabetică și va cuprinde: — pentru cărți: autorul, titlul în limba originală (cu caractere latine), ediția, anul, editura;

— pentru reviste:

a) numele autorului (numele, apoi pronumele sau inițiala);

b) titlul academic al autorului, dacă e menționat în articol (academician, profesor);

c) numele revistei, subliniat (în limba originală; în cazul celor sovietice, în transcriere fonetică);

d) luna (facultativ);

e) anul editării;

f) volumul;

g) numărul revistei;

h) pagina unde se găsește articolul.

Prescurtările titlurilor revistelor se vor face conform uzanțelor internaționale.

In bibliografie se vor include numai acele lucrări care se găsesc menționate în articol.

9. Nu se admit prescurtările în text, în afară de cele de uzanță internațională.

10. Nu se acceptă lucrări care au mai fost tipărite sau trimise spre publicare altor reviste.

11. Pentru referatele din literatura străină se cer următoarele condiții:

a) să intereseze un număr cît mai mare de cititori;

b) să fie publicate într-o revistă care a apărut recent;

c) să fie prezentate în modul următor:

α) titlul articolului referat în limba romînă;

β) autorul;

γ) titlul revistei în limba de origine (în cazul revistelor sovietice, în transcriere fonetică), numărul revistei, anul, luna, pagina;

δ) referarea articolului respectiv în 15—45 de rînduri;

ε) numele și pronumele (inițială) ale referatului (fără nici un titlu).

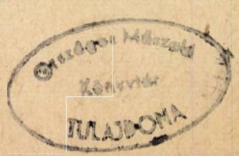
12. Articolele neacceptate pentru publicare nu se restituie autorului.

13. Redacția va răspunde în timp util autorilor despre acceptarea sau neacceptarea articolului, ori eventual despre necesitatea modificării lui.

EDITURA MEDICALĂ,
Str. Aristide Briand 7
Raionul „I. V. Stalin"

Societatea științelor medicale,
Str. Progresului nr. 8
Raionul „Gh. Gheorghiu-Dej"

I. P. 2, c. 3724



ÎN EDITURA MEDICALĂ AU APĂRUT

FORMULAR TERAPEUTIC	Colectiv
2080 pag.	lei 78
FIZICA MEDICALĂ	Conf. dr. S. Bainglass
740 pag.	lei 57
OSTEOSINTEZA CENTROMEDULARĂ CU TIJĂ METALICĂ	Dr. Andrei Voinea
216 pag.	lei 8,05
CANCERUL. CUNOAȘTEREA, TRATAMENTUL ȘI PREVENIREA LUI	Dr. O. Costăchel, dr. D. C. Georgescu
120 pag., 32 planșe	lei 1,55
FARMACOPEEA R.P.R.	Colectiv
946 pag.	lei 55
PSIHIATRIA	V. A. Ghiliarovski
512 pag.	lei 33,70
BOALA CANCEROASĂ	Prof. dr. Titu Vasiliu
350 pag.	lei 22
TRANSFUZIA DE SÎNGE	Dr. V. P. Kondi, dr. E. Popescu
304 pag.	lei 29,30
PRECANCERUL	Dr. Corneliu Popescu
210 pag.	lei 7
TEHNICA RADIOGRAFICĂ	Amilcar Georgescu, Robert Lichtenberg, Sonia Vulpescu
280 pag.	lei 42
ORGANIZAREA OCROTIRII SĂNĂTĂȚII	Colectiv
560 pag.	lei 55
CREȘA	Conf. dr. M. Minculescu, și colaboratorii
636 pag.	lei 26,40
FIZIOLOGIA SISTEMULUI NERVOS vol. III, partea a II-a	Secenov, Pavlov, Vvedenski
644 pag.	lei 34,40
CHIRURGIA RECTULUI	Dr. Florian Mandache, dr. I. Chiricuță
424 pag.	lei 47
TERAPIE GENERALĂ DERMATO-VENEROLOGICĂ	Prof. Șt. Teodorescu dr. A. Conu
349 pag.	lei 16,90

ÎN CURÎND VOR APĂREA

FIZIOTERAPIA	Colectiv
ORTOPEDIA CHIRURGICALĂ vol. II	Acad. dr. Al. Rădulescu
ANESTEZII LOCALE ȘI ANALGEZII TERAPEUTICE	Dr. Gh. Băjeu
ANESTEZIA PRIN INHALAȚII	Dr. Z. Filipescu și dr. Bejan Leonida
CHIRURGIA PANCREASULUI	Conf. dr. I. Juvara și colaboratorii

In anul 1957 apar în *Editura Medicală* următoarele reviste:

Nr. crt.	Denumirea publicației	Nr. apar.	Preț de abonament			Preț pe exemplar
			3 luni	6 luni	12 luni	
1	Viața medicală	12	21,—	42,—	84,—	7,—
2	Medicina internă	12	27,—	54,—	108,—	9,—
3	Ocrotirea sănătății în R.P.R.	4	—	8,—	16,—	4,—
4	Igiena	4	—	10,—	20,—	5,—
5	Chirurgia	6	—	24,—	48,—	8,—
6	Ftiziologia	6	—	24,—	48,—	8,—
7	Pediatria	6	—	21,—	42,—	7,—
8	Obstetrica și ginecologia	6	—	24,—	48,—	8,—
9	Farmacia	6	—	21,—	42,—	7,—
10	Fiziologia normală și patologică	6	—	36,—	72,—	12,—
11	Stomatologia	4	—	16,—	32,—	8,—
12	Munca sanitară	4	—	5,—	10,—	2,50
13	Microbiologia, parazitologia și epidemiologia	6	—	15,—	30,—	5,—
14	Dermato-venerologia	6	—	30,—	60,—	10,—
15	Neurologia, psihiatria și neurochirurgia	6	—	36,—	72,—	12,—
16	Radiologia	4	—	28,—	56,—	14,—
17	Oto-rino-laringologia	4	—	20,—	40,—	10,—
18	Oftalmologia	4	—	20,—	40,—	10,—
19	Morfologia normală și patologică	4	—	24,—	48,—	12,—
20	Balneologia	4	—	20,—	40,—	10,—
21	Endocrinologia	4	—	20,—	40,—	10,—
22	Spitalul	4	—	16,—	32,—	8,—
23	Ortopedia	4	—	20,—	40,—	10,—

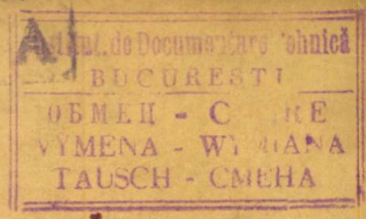
Pentru a vă asigura întreaga colecție a revistelor care vă interesează, abonați-vă din timp.

Abonamentele se fac prin oficiile poștale, factorii poștali, precum și prin difuzorii voluntari din institute, centre și unități sanitare. Orice reclamație pentru neprimirea la timp a publicațiilor se adresează *Ministerului Poștelor și Telecomunicațiilor, Direcția centrală a difuzării și expedierii presei,* Calea Victoriei, nr. 12, București.

I. P. 2, c. 3724

Lei 4

E 1742



OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

2

APRILIE — IUNIE 1957

EDITURA MEDICALĂ — STRADA ARISTIDE BRIAND, 7
BUCUREȘTI

COLEGIUL DE REDACŢIE:

Preşedinte : Dr. AL. BULLA, Director al Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinii.

Redactor responsabil : Prof. TH. ILEA, şeful Catedrei de organizare sanitară şi istoria medicinei din I.M.F. Bucureşti.

Redactor resp. adjunct : Dr. A. CIUCĂ, director general în Ministerul Sănătăţii şi Prevederilor Sociale.

Secretar de redacţie : Dr. AL. PESCARU.

MEMBRI :

Dr. M. ANCUŞA (Timişoara), dr. G. BARBU, prof. V. BOLOGA (Cluj), dr. V. DUMITRESCU, dr. L. FOTESCU, prof. A. GARTNER, conf. I. GHELERTER, prof. L. GROM, conf. G. GROSZ, conf. M. KOLUMBAN (Tg. Mureş), dr. Z. KORACSONY (Cluj), dr. A. KOVACS (Tg. Mureş), dr. MIHALACHE (Ploeşti), dr. P. MUREŞAN, dr. C. PÎRLOG, conf. I. PRODAN (Cluj), dr. V. PRODESCU, conf. P. PRUTEANU (Iaşi), dr. C. TEODORESCU, dr. B. TÎRNOVEANU şi conf. GH. ZAHARIADE

EDITURA MEDICALĂ
Str. Aristide Briand 7
Telefoane : 3.61.06 — 3.15.89 — 6.48.89
Bucureşti

XI. 28.

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII
IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII ȘI PREVEDERILOR SOCIALE DIN R.P.R.

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul VII aprilie **2** iunie 1957

SUMAR

Pag.

PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Dr. Alex. BULLA: Sănătatea publică în India 99

Acad. I. NICOLAU, prof. C. CONSTANTINESCU, dr. N. GHIȚĂ, dr. A. BOIU: Rolul unităților de asistență medicală a copilului în prevenirea și combaterea distrofiei și reumatismului 105

Acad. I. ARDELEAN: Din activitatea de cercetare a Institutului de Igienă al R.P.R. — București în anul 1956 112

Conf. E. ALBU, dr. V. IVANOV: Unele aspecte ale educației sanitare în R.P.R. 121

Dr. S. CIORAPCIU: Cîteva aspecte medico-sociale, privind organizarea asistenței cardiacilor 127

Dr. G. ROMANESCU, dr. R. PROTOPOPESCU, dr. D. BOBIC: Aspecte din organizarea rețelei medico-sanitare a C.F.R.-ului 133

Dr. C. LITTMAN: Pe marginea unei discuții 139

PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ȘI OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Conf. I. GHELERTER: Centenarul învățămîntului medical din București (1857—1957) 145

Dr. G. BARBU: Ștefan Stincă și combaterea malthusianismului în țara noastră 155

NOTE, RECENZII, REFERATE, BIBLIOGRAFIE

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

IN R. P. R.

Sănătatea publică în India

Dr. **Alex. Bulla**
Director al Centrului de organizare al ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinii

Caracterul specific şi vastitatea problemelor de sănătate publică caracterizează, în general, statele asiatice.

India şi-a inaugurat prin planurile sale de stat un ciclu ascendent al evoluţiei sale economice şi sociale, bazat pe industrializare şi dezvoltarea agriculturii.

În structura celui de-al doilea plan cincinal, proporţiile diferitelor ramuri ale economiei se reflectă după cum urmează :

— irigaţii şi dezvoltarea surselor de energie 18% ;

— agricultura (inclusiv dezvoltarea comunităţilor rurale şi dezvoltarea naţională) 12% ;

— industria şi ramura extractivă 19% ;

— transport şi comunicaţii 29% ;

— servicii sociale (inclusiv construcţia de locuinţe şi reabilitarea persoanelor deplasate) 20%.

În mod absolut, planul actual prevede pentru sănătate pe intervalul 1956—1960 suma de 131 crore (1 crore = 10 milioane de rupii), ceea ce reprezintă o creştere de peste 100% faţă de prevederile primului plan cincinal.

Principalele obiective sanitare, înspre care se îndreaptă investiţiile şi acţiunile prevăzute în cel de-al doilea plan cincinal, sînt reprezentate prin :

— controlul bolilor contagioase cu mare extindere ;

— dezvoltarea sanitaţiei şi igienei comunale ;

— dezvoltarea şi utilarea unităţilor medicale ;

— dezvoltarea învăţămîntului medical şi a personalului auxiliar ;

— reglementarea numărului de naşteri pe familii, pe baza situaţiei lor materiale şi sanitare.

Aceste obiective sînt justificate prin situaţia sanitară existentă, ale cărei puncte caracteristice le redăm sintetic în cele ce urmează.

Creşterea populaţiei în decursul ultimilor 50 de ani se cifrează la cca. 50%. În adevăr, faţă de o populaţie de 282,5 milioane, cît aveau India şi Pakistanul la un loc, în anul 1900, numărul de locuitori a crescut pe acelaşi teritoriu pînă în anul 1949 la 420,4 milioane, adică cu nu mai puţin de 137,9 milioane.

Procentul de creştere al populaţiei pe acest interval de timp este mai ridicat decît cel al Chinei, dar inferior procentelor prezentate de alte ţări asiatice (Coreea, Filipine, Ceylon, Indonezia, Japonia).

Natalitatea variază între 26,4‰, în 1947, şi 28,4‰, în 1954, iar mortalitatea generală pentru aceeaşi perioadă, între 19,5‰ şi 13,2‰.

Mortalitatea infantilă variază între 145,6‰ (1947) şi 119,1‰ (1953) (după datele Anuarului demografic al OMS-ului din 1955).

In aprecierea acestor cifre, trebuie să ţinem cont, însă, de faptul că înainte de anii 1950—1952, modul de înregistrare a cazurilor de naşteri şi decese era lipsit de uniformitate pe teritoriul Indiei. Inaintea acestor ani, existau teritorii întinse, înapoiate sau locuite de triburi, unde înregistrarea nu era introdusă de loc, altele unde operaţia era voluntară şi, în sfîrşit, altele unde înregistrarea nu era obligatorie decît în mediul urban. In 1952 — din cele 28 de state din care se compune Republica Unională India, numai în 12 era obligatorie înregistrarea generală a naşterilor şi deceselor.

Densitatea populaţiei din India este una dintre cele mai mari din Asia, nefiind depăşită decît de cea din Japonia, dar fără a atinge ca cifră medie densitatea populaţiei statelor din Europa (Belgia, Olanda, Anglia, Italia). Teritoriul Indiei cuprinde, de fapt, regiuni cu o fertilitate redusă sau muntoasă, unde populaţia este puţin densă şi, dimpotrivă, altele cu sol mai fertil sau cu o economie mai dezvoltată, unde densitatea populaţiei este şi ea foarte accentuată.

Mortalitatea infantilă, deşi a scăzut în ultimul deceniu, importanţa ei relativă în raport cu mortalitatea generală nu s-a schimbat esenţial. Proporţia mortalităţii infantile faţă de cea generală a rămas în general între 15 şi 25%.

Studiul mortalităţii generale pe cauze este îngreunat de faptul că cea mai mare parte a deceselor figurează în grupe nedefinite nosologic. In anul 1950, de exemplu, mortalitatea generală, care se cifra la 16‰, cuprindea mai mult de 90% cauze specificate generic febre, boli respiratoare, alte cauze.

Dintre cauzele de deces precis determinate în anul 1950, holera figurează cu 2,23% din total, variola cu 1,9%, dizenteria şi diareele cu 3,93%, pesta cu 0,40%, iar dintre cauzele nedefinite precis, febrele cu 53,55%, bolile respiratoare cu 7,54%, iar „alte cauze" cu 30,43%.

Holera este încă o boală destul de frecventă în India şi prezintă exacerbări sezoniere care variază de la stat la stat, climatul ţării fiind diferit. Holera dă o mortalitate de 0,5—1‰, iar variola în general sub 0,5‰.

Districtele de sud-est din statul Madras, cele de nord din Madhya Pradesh (India centrală) şi cele din Bengalul de vest au suferit deseori, în special între 1949 şi 1951, de epidemii severe de holeră, variolă şi pestă.

In statele Bombay, Madras şi Orissa, unde sursele de apă de băut sînt mai puţin protejate, au fost epidemii mai extinse de dizenterie şi diaree, ajungînd la o mortalitate de 1,5‰ sau chiar mai mult (1949). Variaţiile sezoniere în incidenţă sînt mai pronunţate în perioadele de căldură sau ale musonului.

Malaria este o boală foarte răspîndită încă în India, fără a prevala însă în aceeaşi măsură în toate regiunile ţării. In multe locuri, gradul

de prevalență este influențat tocmai de anumite lucrări de irigație, rambleuri de șosele și căi ferate, care, nerespectînd anumite condiții, împiedică scurgerea apelor. In India sînt cunoscute o serie de specii de Anopheli care transmit malaria, avînd sfere de influență diferite: *A. fluviatilis, A. stephensi, A. culicifacies, A. minimus, A. sundaicus etc.*

Filarioza cunoaște în India două forme principale: una afectînd în special genitalele *(W. bancrofti)* și alta extremitățile *(W. malaji)*. Prima formă este răspîndită îndeosebi în statele Hyderabad, Madras și Orissa, iar a doua în Travancore Cochin (India de sud).

Lepra este foarte răspîndită în unele districte din statul Madras, Madhya Pradesh, Orissa, West Bengal, Bihar și Assam, unde atinge o incidență de peste 500 de cazuri la 100 000 de locuitori. Cele mai puțin afectate de lepră sînt regiunile de nord-vest ale țării.

In India sînt aproximativ 2,5 milioane de tuberculoși, morbiditatea estimată pe baza unor anchete radiologice variind între 0,4 și 2,5% din populație. Diverse investigații au demonstrat că la 14 ani, 40—60% din populație sînt pozitivi la tuberculină.

Față de această situație, statul dezvoltă în cadrul prevederilor planurilor cincinale numărul de unități și cadre medicale și întărește o serie de acțiuni sanitare.

In anul 1949, aproape jumătate din regiunile țării dispuneau doar de 20—30 paturi de spital la 100 000 de locuitori, iar restul de regiuni, de 30—60 de paturi la 100 000 de locuitori. Numărul paturilor a depășit 100 la 100 000 de locuitori doar în două state mici, Ajmer și Coorg, care dispun în total de aproximativ 1 milion de locuitori.

In anul 1951, numărul unităților medicale a fost de 8 600, cu un total de 113 000 paturi, iar în 1956, numărul unităților a crescut la 10 000, cu aproximativ 125 000 de paturi. Creșterea ulterioară pînă la finele celui de-al doilea cincinal va asigura un total de aproximativ 155 000 de paturi.

In ceea ce privește formarea de cadre medicale, cifra de școlarizare anuală este în creștere, fiind actualmente de 3 500 de studenți, dintre care absolvă aproximativ 2 000. In 1955—1956, au funcționat 40 de colegii medicale, formînd cadrele în cursul a cinci ani de învățămînt medical, precedați de doi ani pregătitori.

Numărul de cadre medicale a fost în 1954 de cca 67 000 și se preconizează a se ajunge la indicele de un medic la 5 000 de locuitori, ceea ce reprezintă un total de 80 000—90 000 de medici. In 1954, erau în India 58 000 de cadre auxiliare, adică un număr mai mic decît cel al medicilor existenți la aceeași dată.

Planul cincinal actual prevede atingerea următorilor indici: o soră și o moașă la 5 000 de locuitori; un personal sanitar vizitator și un inspector sanitar la 20 000 de locuitori.

In general se acordă o atenție deosebită dezvoltării unităților de învățămînt, numărul colegiilor fiind propus a crește cu 6; la 28 dintre colegiile existente, se prevăd dezvoltări însemnate prin înființarea de catedre de medicină preventivă, psihiatrie, stomatologie. De asemenea, o seamă de catedre vor fi utilate și adaptate pentru învățămîntul de specializare și perfecționare, precum și pentru cercetări științifice.

O serie de acțiuni, de cea mai mare importanță pentru sănătatea publică din India, vor fi considerabil dezvoltate în anii ce urmează.

Pentru combaterea malariei, se vor crea 200 de unităţi speciale noi şi se vor organiza în continuare campanii de stropire cu DDT şi de tratament al cazurilor de malarie. Producţia indigenă de DDT a crescut de curînd la 2 500 tone anual şi s-a construit o nouă fabrică de medicamente antimalarice.

Pentru combaterea celorlalte boli cu extindere, de asemenea se preconizează măsuri ample: în tuberculoză, echipe mobile de vaccinare B.C.G., 340 de dispensare noi, extinderea tratamentului ambulatoriu; în lepră, dezvoltarea unităţilor de control şi urmărire cu 100 de unităţi noi; în filarioză, crearea a 65 de unităţi noi de combatere etc.

Pentru întărirea ocrotirii mamei şi copilului, se vor înfiinţa 2 100 de maternităţi şi 4 centre regionale de învăţămînt pentru medici şi surori de pediatrie.

Avînd în vedere că mai mult de jumătate din populaţia orăşenească, în special din oraşele mici sub 30 000 de locuitori, dispune de surse de apă neprotejate, o mare atenţie se acordă dezvoltării instalaţiilor centrale de apă, construindu-se în timpul cincinalului 300 de astfel de instalaţii noi. Este interesant de subliniat că la începutul primului plan cincinal, bugetele municipalităţilor reflectau această grijă pentru aprovizionarea cu apă, canalizare, conservare de alimente, cheltuind aproape 80—90% din totalul fondurilor alocate pentru sănătate, exclusiv în scopurile de mai sus.

India se luptă în prezent cu problema populaţiei. Politica de dezvoltare a economiei naţionale stă în faţa unei probleme grele, şi anume aceea a absorbţiei permanente a venitului naţional prin creşterea populaţiei. Anual, populaţia Indiei creşte cu 5—6 milioane de oameni. Din această situaţie rezultă politica actuală de reglementare a natalităţii, încercîndu-se limitarea numărului de naşteri în medie la 3 pe familie în loc le 6 cît este în prezent, ţinîndu-se cont de situaţia materială şi sanitară a fiecăruia în parte. În acest scop, se dezvoltă o reţea de dispensare speciale, unde se desfăşoară o acţiune de educaţie privind fertilitatea şi metodele anticoncepţionale.

Soluţiile problemelor de sănătate publică din India sînt în general deosebit de grele. Organele de conducere şi cadrele din teren sînt puse în permanenţă în faţa unor mari dileme:

— de a acţiona fără a cunoaşte decît parţial datele reale ale situaţiei sanitare sau de a aştepta documentarea precisă, avînd în vedere vastitatea acţiunilor necesare;

— de a dezvolta rapid în suprafaţă reţeaua şi cadrele medicale, pentru a cuprinde imensitatea necesităţilor sanitare, sau de a alege calea dezvoltării lente şi sistematice prin punerea în funcţie a unui armament sanitar modern dar mai redus la număr şi care, deci, nu poate cuprinde decît o mică parte a problemelor.

În general, se pare că în India s-au ales soluţiile care duc mai lent la cuprinderea şi stăpînirea marilor probleme sanitare, dar care includ în schimb garanţiile unei probităţi bazată pe documentare şi pregătire temeinică şi pentru care, cadrele sanitare luptă cu multă seriozitate şi optimism.

Articol intrat în redacţie în februarie 1957.

РЕЗЮМЕ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ИНДИИ

А. Булла

На базе государственных планов в Индии начался экономический и социальный подъем, опирающийся на индустриализацию страны и развитие в ней сельского хозяйства.

В плане здравоохранения на 1956 — 1960 гг. предусмотрены 131 кроров (1 крор = 10 000 000 рупий), что представляет повышение более чем на 100% по сравнению с пятилетним планом.

Главными задачами этого плана являются:

— контроль трансмиссивных заболеваний массового распространения;

— развитие санитарии и коммунальной гигиены;

— развитие и оснащение медицинских учреждений;

— развитие медицинского образования и повышение квалификации вспомогательного персонала;

— регламентация рождаемости по семействам в зависимости от материального и санитарного положения.

За период 1947—1954 гг. рождаемость в Индии повысилась от 26,4‰ до 28.4‰, а общая смертность понизилась от 19,5‰ до 13,2‰. Детская смертность за период 1947 — 1953 гг. понизилась от 145,6‰ до 119,1‰.

Ввиду необходимости разрешения тяжелых вопросов здравоохранения — массовая распространенность холеры, оспы, дизентерии, малярии, филариоза, проказы, туберкулеза и т. д., — предполагается увеличение мощности медицинских учреждений от 125 000 до 155 000 коек, обеспечив каждые 5 000 жителей одним врачом, одной медицинской сестрой и одной акушеркой. По вопросу, об ограничении рождаемости предполагается уменьшение числа рождений от 6 до 3 в каждом семействе.

Основываясь на соответствующей документации и солидной подготовке, медицинские кадры в Индии ведут настойчивую работу в области здравоохранения.

RÉSUMÉ

LA SANTÉ PUBLIQUE AUX INDES

A. Bulla

L'Inde a inauguré par ses plans d'état un cycle ascendant de son évolution économique et sociale, basé sur l'industrialisation et le développement de l'agriculture. Le plan actuel de protection de la santé pour les années 1956—1960 prévoit la somme de 131 crores (1 crore = 10 millions de roupies), ce qui représente un accroissement de plus de 100% sur les prévisions du premier plan quinquennal.

Les principaux objectifs sanitaires de ce plan sont les suivants:

— le contrôle des maladies contagieuses à grande extension;

— le développement de l'assainissement et de l'hygiène communale;

— le développement et la dotation des unités médicales;

— le développement de l'enseignement médical et du personnel auxiliaire;

— la réglementation du chiffre de naissances par familles en se basant sur leur situation matérielle et sanitaire.

La natalité, dans la période de 1947—1954, a augmenté de 26,4‰ à 28,4‰ tandis que la mortalité générale a baissé de 19,5‰ à 13,2‰. La mortalité infantile a baissé, entre 1947—1953, de 145,6‰ à 119,1‰.

Etant donné les lourds problèmes de santé publique — la grande fréquence des cas de choléra, de variole, de dyzenterie, de malaria, de filariose, de lèpre, de tuberculose, etc. l'état indien développera les unités médicales de 125 000 à 155 000 lits, et assurera un médecin, une soeur et une sage-femme pour 5000 habitants. On prévoit dans le problème de la limitation des naissances la réduction de 6 naissances par famille à 3.

Les cadres médicaux de l'Inde, basés sur une documentation et une instruction solides deployent une activité persévérante dans le domaine de la santé publique.

SUMMARY

PUBLIC HEALTH IN INDIA

A. Bulla

Under her State-planning, India has inaugurated an ascending cycle of her economical and social evolution, based on industrialization and agricultural development. On the basis of the present plan, the sum of 131 crore (1 crore = 10 million Rupees) has been earmarked for health-protection during the 1956—1960 period ; this represents an increase by more than 100% as compared to the provisions of the first five-year plan.

The principal sanitary objectives of this plan are :

— the control of highly extensive communicable diseases ;
— the development of communal sanitation and hygiene ;
— the development and equipment of medical units ;
— the development of medical teaching and of the auxilliary staff ;
— the control of the number of births, according to the families' material and sanitary situation.

Between 1947 and 1954, the birth-rate increased from 26.0‰ to 28.4‰, while the overall mortality decreased from 19.5‰ to 13.2‰. Infantile mortality decreased between 1947 and 1953 from 145.6‰ to 119.1‰.

Faced by the difficult problems of public health — high incidence of cholera, small-pox, dysenteria, filariosis, leprosy, tuberculosis, etc. — the Indian State is to develop the sanitary units from 125 000 to 155 000 beds and to provide each 5 000 inhabitants with one physician, one hospital-nurse and one midwife. In the problem of birth-restrictions, the number of births is to be reduced from 7 to 3 for each average family.

Equipped with a serious medical culture and training, the Indian medical carry out a persevering activity in the field of public health.

ZUSAMMENFASSUNG

GESUNDHEITSWESTEN IN INDIEN

A. Bulla

Indien hat durch seine Staatspläne eine aufsteigende Bahn seiner wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung beschritten, die auf der Industrialisierung des Landes und Hebung der Landwirtschaft beruht. Das gegenwärtige Planvorhaben für Gesundheitspflege für die Jahre 1956—1960 sieht einen Betrag von 131 Karor (1 Karor = 10 Millionen Rupien) vor, was ein Ansteigen um über 100% gegenüber dem ersten Fünfjahrplan darstellt.

Die wichtigsten gesundheitlichen Ziele dieses Planes sind :

— die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten von grossem Ausmass ;
— die Entwicklung der Gemeinde-Gesundheitspflege und Hygiene ;
— die Entwicklung und Ausstattung der medizinischen Einheiten ;
— der Ausbau des Lehrwesens für Ärzte und Hilfspersonal ;
— die Festsetzung der Geburtenanzahl jeder Familie auf Grund ihrer materiellen und gesundheitlichen Lage.

In den Jahren 1947—1954 stieg die Geburtenziffer von 26,4‰ auf 28,4‰, während die allgemeine Sterblichkeitsziffer von 19,5‰ auf 13,2‰ fiel. Die Kindersterblichkeitsziffer fiel in den Jahren 1947—1953 von 145,6‰ auf 119,1‰.

Angesichts der schwierigen Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens (grosse Häufigkeit der Cholerafälle, der Pocken, der Ruhr, Malaria, Filariosis, Lepra, Tuberkulose usw.) wird den indische Staat für seine Sanitätseinheiten die Anzahl der Betten von 125 000 auf 155 000 erhöhen und im Durchschnittt für je 5 000 Einwohner einen Arzt, eine Krankenschwester und eine Hebamme vorsehen. In der Frage der Geburteneinschränkung ist die Herabsetzung der Geburtenzahl von 6 auf 3 Geburten pro Familie vorgesehen.

Auf Grund einer gründlichen Dokumentierung und Ausbildung üben die sanitären Kader in Indien eine unermüdliche Tätigkeit auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege aus.

Rolul unităţilor de asistenţă medicală a copilului, în prevenirea şi combaterea distrofiei şi reumatismului

Acad. I. Nicolau, prof. C. Constantinescu, dr. N. Ghiţă, dr. A. Boiu

Statisticile privind morbiditatea şi mortalitatea infantilă arată locul mare ce revine actualmente, alături de imaturitatea patologică, distrofiei în general şi distrofiei în special.

Reducerea mortalităţii infantile din ţara noastră, de la 19%, cît a fost timp de decenii, la 7,8% în 1955 — graţie grijii deosebite acordate copilului şi progreselor mari ale terapeuticii — arată că aceasta s-a realizat în special prin diminuarea simţitoare a mortalităţii eutroficilor şi distroficilor nu prea avansaţi, în timp ce mortalitatea distroficilor mari şi a imaturilor a fost influenţată numai în mică măsură. Înaintea progreselor recente obţinute în terapeutică şi în special înainte de descoperirea antibioticelor, cifrele mortalităţii eutroficilor şi distroficilor, fără să fie sensibil egale, nu arătau decalajul important actual, în defavoarea distrofiei şi imaturităţii. Credem că ar fi şi mai evident rolul distrofiei, dacă raportarea cauzelor de mortalitate infantilă s-ar face ţinîndu-se seama de starea de nutriţie a copiilor şi ierarhizîndu-se just rolul ce revine acestei stări de nutriţie în determinismul deceselor la copii.

Iată de ce, în lupta pentru reducerea continuă a mortalităţii infantile, sînt de primă importanţă prevenirea şi combaterea distrofiei.

Pornind de la premisa valabilă — prin verificarea practică — că distrofia este evitabilă, ea este rară în cazul copiilor hrăniţi şi îngrijiţi corect, că este curabilă dacă nu este prea avansată, Ministerul Sănătăţii şi Institutul de pediatrie au elaborat o serie întreagă de măsuri, pentru a organiza acţiunea de prevenire şi combatere a distrofiei la copii. La baza luptei împotriva distrofiei a fost atacarea factorilor etiologici ce provoacă distrofia. În mediul urban, acţiunea se duce de către spitalul de pediatrie şi reţeaua infantilă; în mediul rural, dispensarul de copii cu staţionar şi reţeaua de asistenţă medicală rurală nediferenţiată. Alături de aceste instituţii, s-au creat şi alte unităţi care să poată duce cu succes lupta împotriva distrofiei: casa copilului, centrele de donare a laptelui de mamă etc.

În lupta împotriva alimentaţiei necorecte, pe lîngă educaţia sanitară a mamelor, realizată prin şcoala mamei din cadrul serviciilor de consultaţii de copii, şi o propagandă susţinută pentru alimentaţia naturală, pentru diversificarea corectă a alimentaţiei şi înţărcarea corectă, spitalul de copii mai intervine prin:

a) Organizarea în policlinica de copii a punctelor de combatere a hipogalactiei mamelor. S-au amenajat cabinete de fizioterapie cu ultraviolete, se fac mamelor tratamente opoterapice, hormonoterapie, vitaminoterapie etc.

b) Organizarea de centre pentru donarea laptelui de mamă. Amplasarea acestor unităţi s-a făcut în majoritatea oraşelor pe lîngă casa copilului, unde dispunem de un personal suficient şi calificat pentru deservirea centrelor de donare a laptelui de mamă. Distribuirea imediată a laptelui colectat în condiţii corecte, ceea ce înlătură de cele mai multe ori necesitatea sterilizării lui, este procedeul obişnuit al acestor unităţi.

Dacă consumul nu este imediat, atunci laptele este sterilizat, lucru ce se face prin diferite metode: fizice (fierbere 10 minute, sterilizarea prin autoclav, pasteurizarea, iradierea cu raze ultraviolete), chimice (acid citric) sau folosirea de substanţe antibiotice (în special streptomicina).

c) Asigurarea continuităţii şi bunei funcţionări a bucătăriilor de lapte. Aceste unităţi s-au creat şi funcţionează de la capitala ţării, pînă la cea mai îndepărtată circumscripţie sanitară rurală.

În oraşe, aceste unităţi funcţionează ca bucătărie centrală de lapte, care distribuie diferite preparate dietetice şi raţii copiilor de pe teritoriu.

La sate, bucătăria are un rol în primul rînd curativ, pentru combaterea tulburărilor digestive, dar şi un rol în completarea corectă a unei alimentaţii juste şi adecvate, în special sugarului şi copilului mic.

În general, aceste unităţi au importantul rol educativ al mamelor în scopul iniţierii lor, să pregătească o masă corectă sugarului, în primul rînd, şi copilului mic, în a doua urgenţă.

Lupta împotriva infecţiilor, factor etiologic de cea mai mare importanţă în distrofie, ridică şi ea o serie de probleme, care se integrează organic în activitatea spitalului şi dispensarului de copii. Luarea în evidenţă a nou-născuţilor imediat după naştere sau după ieşirea lor din maternitate sau casa de naştere, supravegherea activă şi intensă a copiilor chiar din primele zile ale vieţii lor, îndrumarea asiduă a părinţilor în vederea corectei îngrijiri a copilului, intervenţia activă şi susţinută în modificarea favorabilă a condiţiilor mediului familial al copilului, depistarea precoce a îmbolnăvirilor şi tratarea lor corectă, sînt momente de cea mai mare importanţă în lupta împotriva infecţiilor. Transpunerea în fapt a întregului dispozitiv de măsuri amintite este strîns legat de o amănunţită planificare în munca medicului pediatru şi a surorii de ocrotire, precum şi a întregului personal medico-sanitar, nu de specialitate, în atribuţiile cărora incumbă urmărirea copiilor. Pentru realizarea luptei împotriva infecţiilor, spitalul de copii şi dispensarul de copii oferă premisele majore şi cele mai valoroase prin principiile ce stau la baza funcţionării acestor instituţii şi prin metodele de lucru pe care le folosesc.

Sistemul ciclic, noua formă de lucru a reţelei de pediatrie urbane, a adus resurse noi în îmbunătăţirea activităţii de teren mai ales. Unui medic pediatru îi corespund 1 200 de copii de urmărit, ajutat fiind de sora de ocrotire; baremul de vizite prevede că medicul trebuie să vadă în prima lună sugarul de trei ori; în primul trimestru, de două ori pe lună; în al doilea şi al treilea trimestru o singură dată pe lună; iar în al patrulea trimestru, copilul trebuie să fie văzut o dată pe lună, fie de medic, fie de sora de ocrotire. Vizitarea sugarilor o fac la domiciliu medicul pediatru şi sora de ocrotire. Săptămînal, în cadrul serviciilor de consultaţie, sînt zile anumite în care se dau consultaţii profilactice (de copii sănătoşi), cînd sugarii sînt examinaţi clinic, cîntăriţi, eventuale examene de specialitate, cînd li se precizează problemele de alimentaţie, de regim igienic de viaţă şi se urmăreşte controlul dezvoltării psihomotoare.

Policlinica de copii este organizată, în colaborare cu reţelele de altă specialitate, să ducă munca şi împotriva infecţiilor cronice, factor ce intervine de multe ori în etiologia distrofiei. Astfel, cu reţeaua de luptă antituberculoasă, duce acţiunea de prevenire şi combatere a infecţiei tuberculoase la copil; cu reţeaua dermato-veneriană duce acţiunea de

prevenire şi combatere a luesului congenital ; cu centrul sanitaro-antiepidemic, colaborează în prevenirea şi combaterea paludismului etc.

Problema complexă a distrofiei nu poate fi rezolvată totdeauna prin unităţile ambulatorii. Cu toată preocuparea cadrelor medico-sanitare, cu toată profilaxia şi terapia dietetică, antiinfecţioasă, biogenă, fizioterapică etc., distrofia se instalează totuşi şi continuă să evolueze nefavorabil. Cauza principală este reprezentată în aceste cazuri de factorii carenţiali de mediu, a căror influenţare favorabilă depăşeşte adesea posibilitatea ambulatorie a reţelei. În aceste cazuri intervine staţionarul, casa copilului sau creşele.

În prezent, secţiile de copii distrofici sînt organizate pe lîngă casele copilului ; în oraşele unde nu avem casa copilului, astfel de secţii s-au organizat pe lîngă spitalele de copii. Condiţia funcţionării unor asemenea secţii este în primul rînd securitatea ei sanitaro-antiepidemică. Precizăm că aceste secţii adăpostesc distrofici de gradul al II-lea spre gradul al III-lea sau cei de gradul al III-lea, a căror internare este determinată de necesitatea scoaterii din mediul familial, în vederea tratării mai eficiente a tulburării cronice de nutriţie pe care o prezintă. Distroficul a cărui internare este determinată de o boală acută, grefată pe fondul tulburării sale de nutriţie, se îndrumă desigur numai spre staţionarul spitalului de copii. În secţiile de distrofici, pentru obţinerea unor rezultate bune, de recuperare, nu sînt cruţate, nici efortul, nici răbdarea, căci media internării acestor copii variază de la 5 luni la aproape 1 an, ştiut fiind că lupta împotriva distrofiei avansate nu poate fi salutară decît prin spitalizare în bune condiţii şi de lungă durată.

Dar copilul distrofic, reintegrat în mediul familial, după ce a fost recuperat, uneori recade din nou în distrofie. Acest lucru a impus crearea unei alte unităţi, care se interpune între secţia de distrofici şi familie : este creşa săptămînală de cartier sau de întreprindere ; este o casă de postcură a distroficilor, care îi ajută să ajungă la o vîrstă în care sînt mai rezistenţi sau la care factorii de mediu nu au o influenţă pregnantă.

Unităţi sanitare de pediatrie în mediul rural şi urban, reţea de specialitate în mediul urban, cadre medico-sanitare de specialitate la sate şi reţeaua de bază din mediul rural sînt arsenalul de bază în lupta pentru prevenirea şi combaterea distrofiei. În felul acesta concepută, lupta împotriva distrofiei a dus la rezultate bune : an de an cifra mortalităţii infantile scade, cifra copiilor distrofici devine mai mică, iar distroficii mari dispar din evidenţele unităţilor de copii, această medicină profilactică îşi ajunge scopurile fixate şi în primul rînd acela de a creşte o generaţie nouă, sănătoasă şi ferită de boli.

★

Una dintre bolile cele mai frecvente ce se întîlneşte în vîrsta şcolară este reumatismul poliarticular acut. Această boală se însoţeşte la copil de o participare cardiacă în o proporţie ce variază între 65 şi 100%, dă o invaliditate destul de mare şi măreşte foarte mult cifra mortalităţii infantile în această vîrstă. Cum prinderea cordului se face destul de precoce, de la debutul atacului acut, iar boala prezintă un aspect cronic, întretăiat de atacuri acute şi cu fiecare nou atac de reumatism se agravează leziunea cardiacă, s-a impus o acţiune mai ener-

gică de prevenire a bolii şi a recidivelor ei. In acest scop, s-au înfiinţat cabinete de reumatologie infantilă ce funcţionează pe lîngă fiecare policlinică a spitalelor de copii din centrele regionale şi oraşele industriale din ţară. In Bucureşti, se studiază acum posibilitatea creării unui cabinet central cardio-reumatic, ca organ coordonator şi metodologic pe capitală.

Prin aceste cabinete de reumatologie şi cu ajutorul medicilor şcolari şi consultanţi pediatri se face depistarea copiilor reumatici de la vîrsta şcolară şi preşcolară, vîrstă la care se întîlneşte mai des reumatismul. Prin depistare se caută să se cunoască copiii cu reumatism poliarticular acut confirmat, cei suspecţi de reumatism şi cei predispuşi, pentru urmărirea şi aplicarea măsurilor curativo-profilactice.

Baremul de urmărire a copiilor reumatici la cabinetul de reumatologie este, după atacul acut lunar în primul an, de patru ori pe an în anul al doilea şi apoi de două ori pe an pînă la adolescenţă ; iar pentru cei din grupa suspecţi şi predispuşi la reumatism, de două ori pe an. Concomitent, aceşti copii, după ce li s-a precizat diagnosticul la cabinetul de reumatologie, sînt urmăriţi şi de medicii unităţilor infantile şi de medicii consultanţi respectivi.

Această evidenţă a copiilor reumatici permite, prin cunoaşterea lor, posibilitatea unei intervenţii rapide contra stărilor morbide, reumatogene, ce favorizează apariţia reumatismului, şi o depistare precoce a atacului acut.

Copiilor reumatici şi celor cu potenţial reumatic li se aplică măsurile curativo-profilactice. Astfel, la copiii suspecţi şi predispuşi la reumatism, se vor combate afecţiunile acute ale căilor aeriene superioare cu sulfamidă sau penicilină, se va căuta să se influenţeze condiţiile deficitare de viaţă şi modificările reactivităţii deviate a organismului, prin agenţi fizici, tonice generale şi prin trimiterea lor cu precădere în taberele de pionieri, colonii şcolare şi la curele balneo-climaterice.

Pentru copiii cu reumatism poliarticular acut, graţie cunoaşterii cazurilor şi atenţiei mărite ce li se acordă, s-a ajuns la o depistare precoce în centrele urbane şi o internare la vreme în staţionar. Internarea acestor copii durează minimum 45 de zile şi se poate întinde pînă la 3—5 luni, după forma bolii şi reactivitatea copilului. Or, din cele observate, această internare prelungită aduce o ameliorare a leziunilor cardiace şi fereşte copilul de o nouă recidivă imediată.

Pentru copiii reumatici, s-au creat saloane speciale în cele mai multe staţionare din ţară pentru a-i feri de infecţiile supraadăugate şi a le crea condiţii optime de spitalizare. După spitalizare, copilul reumatic este dispensarizat de reţeaua de pediatrie, la domiciliu 1—2 luni, în funcţie de forma bolii, leziunea cardiacă. In acest timp, cu ajutorul surorii de ocrotire, al medicului consultant şi al medicului de la cabinetul de reumatologie, se veghează la aplicarea indicaţiilor curativo-profilactice indicate şi, deci, la prevenirea recidivelor. Intr-un centru din ţară, s-a creat un sanatoriu postcură şi actualmente se studiază extinderea lor în mai multe centre.

Reluarea învăţămîntului de către copil se face cu avizul medicului reumatolog, cînd fenomenele reumatice s-au stins şi într-un ritm progresiv, fără să obosească copilul. Medicul şcolar va urmări cu atenţie acomodarea copilului la reluarea regimului de şcoală şi el va indica

profesorilor şi mai ales celui de educaţie fizică — după îndrumarea medicului de la cabinetul de reumatologie şi de medicină sportivă — cînd trebuie să reia educaţia fizică şi ce anume mişcări poate face.

In combaterea recidivelor, pe lîngă tratamentul medicamentos, s-a încercat şi stimularea şi desensibilizarea organismului copilului reumatic cu ajutorul balneoterapiei. In acest scop, s-au înfiinţat sanatorii balneoclimaterice pentru copii, unele sezoniere la mare, iar altele continuu în zonă de dealuri, cu un climat potrivit şi cu ape cloruro-sodice. Aici sînt trimişi copiii cu reumatism poliarticular acut după o perioadă de minimum 10 luni de la stingerea atacului acut şi copiii cu potenţialul reumatic. Urmărirea lor la cura balneară se face de către un medic balneolog şi un medic pediatru, după un instructaj amănunţit. Aplicarea procedeelor balneare se face însă individual, în funcţie de reactivitatea copilului şi leziunea cardiacă. Urmărirea copiilor după cura balneo-climatericǎ se face mai departe, tot la nivelul cabinetelor de reumatologie.

Prin această acţiune de luptă contra reumatismului la copii, desfăşurată la nivelul colectivităţilor de copii, al spitalului unificat de copii şi pe teren, s-a putut avea o evidenţă a tuturor copiilor reumatici din mediul urban, ce variază între 0,8—1,8% după diferite centre; s-a făcut un diagnostic precoce al reumatismului poliarticular acut şi s-a redus mortalitatea prin reumatism la o cifră mai mică.

Articol intrat în redacţie în februarie 1957.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И БОРЬБЕ ПРОТИВ ДИСТРОФИИ И РЕВМАТИЗМА

И. Николау, К. Константинеску, Н. Гицэ, А. Бойю

Деятельность, развиваемая в области профилактики и борьбы против детской дистрофии является одним из наиболее важных факторов в комплексе мероприятий, проводимых для дальнейшего снижения детской смертности.

В борьбе с фактором неправильного питания ведется упорная санитарная организованная пропаганда в целях осуществления правильного естественного питания детей. Во всех городах и во всех сельских врачебных участках организованы молочные кухни, которые обеспечивают соответствующее возрасту детей диэтетическое питание и в которых матери обучаются готовить пищу для прикармливания своих грудных детей.

В борьбе с детскими инфекциями важную роль играют детские больницы и сельские диспансеры для детей. Взятие на учет новорожденных в первые же часы его жизни, непрерывное наблюдение за ними со стороны врача — педиатра и патронажной сестры, раннее выявление заболеваний и правильное их лечение входит в цикл мероприятий, целью которых является защита грудных детей от инфекций.

Поскольку вопрос дистрофий не может быть разрешен только амбулаториями, то борьба с ними должна вестись и специально для этого созданными учреждениями: отделениями для дистрофических детей в домах ребенка, яслями или детскими больницами.

Одним из важных факторов инвалидности и смертности среди детей школьного возраста является острый суставный ревматизм.

Поэтому в школах школьные врачи должны обеспечить раннее выявление и соответствующую регистрацию этих случаев заболеваний среди детей соответствующего возраста. Подозрительные на ревматизм, или больные ревматизмом школьники, должны направляться в ревматологические кабинеты, функционирующие при детских поликлиниках, или же в ревматологические отделения больниц. После выписки из больницы дети должны оставаться под наблюдением ревматологических кабинетов, куда они периодически должны являться для контроля, лечения и установления учебной нагрузки. В РНР в настоящее время созданы курортные санатории для лечения ревматических больных в условиях морского климата или же хлоридно — натриевыми ваннами.

RÉSUMÉ

LE RÔLE DES UNITÉS D'ASSISTANCE MÉDICALE DE L'ENFANT DANS LA PROPHYLAXIE ET LE COMBAT DE LA DYSTROPHIE ET DU RHUMATISME

I. Nicolau, C. Constantinescu, N. Ghiță, A. Boiu

L'action pour la prévention et le combat de la dystrophie est un des facteurs les plus importants dans l'ensemble des mesures qu'il faut prendre afin de réduire d'une façon continuelle la mortalité infantile.

En effet, dans le combat contre le facteur alimentaire, on mène une action soutenue, organisée, d'éducation sanitaire en vue d'une alimentation correcte, naturelle. On a organisé dans toutes les villes et les arrondissements sanitaires ruraux, des cuisines de lait qui assurent une alimentation diététique correspondante à l'âge et enseignent aux mères la façon de préparer l'alimentation des nourrissons.

Dans le combat des infections, c'est à l'hôpital d'enfants et au dispensaire rural pour les anfants que revient le rôle majeur. La prise en évidence du nouveau-né, dès les premières heures après sa naissance, sa poursuite permanente par le médecin pédiatre et par l'assistance sociale, le dépistement précoce des maladies et leur traitement correct, constituent les chainons de tout un ensemble de mesures, destinées à mettre le nourrisson à l'abri des infections.

Mais si le problème de la dystrophie ne peut être résolu au niveau du dispensaire, c'est alors que le rôle du combat revient aux unités curatives créées spécialement dans ce but : les services pour les dystrophiques de la maison de l'enfant, des hôpitaux d'enfants et des crèches.

Un des facteurs les plus importants, responsables de l'invalidité et de la mortalité des enfants, d'âge scolaire, c'est le rhumatisme polyarticulaire aïgu. Dans les écoles, c'est le médecin scolaire qui accomplit l'action de dépistement précoce et de triage de tous les enfants, d'âge correspondant. Les enfants suspects ou malades sont dirigés vers le cabinet de rhumatologie qui fonctionne dans le cadre des polycliniques pour les enfants ou vers les services de rhumatologie qui appartiennent aux hôpitaux. A leur sortie de l hôpital, les enfants continuent à être surveillés par le cabinet de rhumatologie, qui les appelle périodiquement au contrôle et au traitement et qui ajuste leur programme scolaire. Il a été crée pour les enfants rhumatiques des sanatoriums balnéaires avec un climat maritime et des bains chloruro-sodiques.

SUMMARY

THE ROLE OF THE UNITS FOR MEDICAL ASSISTANCE OF THE CHILD IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF DYSTROPHY AND RHEUMATISM

I. Nicolau, C. Constantinescu, N. Ghiță, A. Boiu

The action for the prevention and treatment of dystrophy is one of the most important factors in the complex of measures which are to be taken in view of a continuons decrease of infantile mortality.

Thus, in the struggle against the nutritional deficiencies, an organized and permanent sanitary education is performed in view of natural, adequate nutrition. In all the towns and rural sanitary circumscriptions, milk kitchens have been organized which supply dietetic food proper for each age and teach the mothers the way in which adequate food should be prepared for the nursling.

In the action against infections, the children's hospital and the rural dispensary for childern play an important part. Registration during the first hours after birth, and uninterrupted supervision of the new-born by the paediatrician and the social assistant nurse, as well as early detection of diseases and their adequate treatment, belong to a complex series of measures, intended to protect the nursling from infections.

When the problem of dystrophy cannot be solved in the out-patients department only, the task of control is taken over by the curative units which have been specially created for this purpose : the dystrophy wards in the homes for childern, the hospitals for childern, the homes for nurslings.

One of the important factors which cause invalidity and mortality among

childern of school age, is acute polyarticular rheumatism. Therefore, the physicians attached to schools insure the early detection and the selection of all the childern of corresponding age. The suspected or diseased childern are directed towards the rheumatologist's office, in the polyclinics for childern, or towards the rheumatology wards of the hospitals. After their release from hospital, the childern remain under supervision at the rheumatologist's office, where they call for periodical check-ups ; the specialist prescribes medical treatment and gives indications as to an adequate effort in scholar activity. Balneal sanatoria with sea-side climate or chloro-sodic baths have been created for rheumatic childern.

ZUSAMMENFASSUNG

DIE ROLLE DER EINHEITEN FÜR ÄRZTLICHE KINDERBETREUUNG IN DER VERHÜTUNG UND BEKÄMPFUNG DER ERNÄHRUNGSSTÖRUNGEN UND DES RHEUMATISMUS

I. Nicolau, C. Constantinescu, N. Glițã, A. Boiu

Die Aktion zur Verhütung und Bekämpfung der Ernährungsstörungen ist einer der wichtigsten Faktoren im Komplex der Massnahmen, die im Hinblick auf die ständige Herabsetzung der Kindersterblichkeitsziffer ergriffen werden müssen.

So muss im Kampf gegen Ernährungsfehler ei anhaltender gesundheitlicher Aufklärungsdienst zur Sicherstellung einer richtigen, natürlichen Ernährung geleistet werden. In allen Städten und ländlichen Sanitätsbezirken wurden Milchküchen organisiert, die eine dem Alter entsprechende dietätische Ernährung sicherstellen und die Mütter lehren, wie sie am besten die Nahrung des Säuglings zubereiten können.

Im Kampf gegen Infektionen spielen das Kinderhospital und die ländliche Mütterberatungsstelle die Hauptrolle. Die Eintragung des Neugeborenen wenige Stunden nach der Geburt, seine ununterbrochene Beobachtung seitens des Kinderarztes und der Fürsorgeschwester, die frühzeitige Entdeckung der Erkrankungen und deren richtige Behandlung — all dies gehört zu einem ganzen Komplex von Massnahmen, die dazu dienen sollen, den Säugling vor Ansteckungen zu bewahren.

Wenn das Problem der Ernährungsstörungen auch nicht nur auf ambulatorischem Wege gelöst werden kann, so fällt die Bekämpfung derselben den eigens zu diesem Zweck ins Leben gerufenen Heilanstalten zu: den Abteilungen für Dystrophien in den Kinderheimen, Kinderkrankenhäusern und Säuglingsheimen.

Einer der wichtigsten Faktoren, dem die Erkrankung und Sterblichkeit der Schulkinder zuzuschreiben ist, ist der akute Gelenkrheumatismus. Daher ist in den Schulen eine frühzeitige Erfassung und Untersuchung aller Kinder des entsprechenden Alters durch den Schularzt gewährleistet. Kranke oder krankheitsverdächtige Kinder werden dem Ordinationskabinett für Rheumatologie, das im Rahmen der Kinderpolykliniken besteht, zugewiesen, oder in die rheumatologischen Abteilungen der Krankenhäuser eingeliefert. Nach einer im Krankenhaus erfolgten Behandlung verbleiben die Kinder unter der Beaufsichtigung des Ordinationskabinetts für Rheumatologie, wo sie periodisch einer Untersuchung unterzogen werden, wo ihnen die Behandlung verschrieben wird un ihre Schulleistungen ihren Kräften entsprehend festgelegt werden. Es wurden balneologische Sanatorien mit Meeresklima oder Kochsalzbädern für rheumatische Kinder geschaffen.

Din activitatea de cercetare a Institutului de igienă al R.P.R. Bucureşti în anul 1956

Acad. **I. Ardelean**
Directorul Institutului de igienă al R.P.R. — Bucureşti

In activitatea de ocrotire a sănătăţii publice din ţara noastră, măsurilor igienico-sanitare li se atribuie o importanţă deosebită. Succesele obţinute în profilaxia bolilor şi păstrarea sănătăţii populaţiei nu sînt rezultatul numai al îmbunătăţirii continue a nivelului de trai a colectivităţilor şi a unei asistenţe medicale specializate şi accesibilă în cele mai mici centre administrative, ci şi muncii depuse de reţeaua sanitară şi antiepidemică, formă organizatorică realizată în Romînia sub regimul democraţiei populare. Atribuţiile instituţiilor care formează sectorul sanitar şi antiepidemic sînt eminamente de ordin preventiv. Prin activitatea de control sanitar al factorilor patogeni şi condiţiilor de mediu în raport cu starea de sănătate a colectivităţilor şi a intervenţiilor pentru combaterea nocivităţilor, reţeaua sanitară antiepidemică se dovedeşte o verigă extrem de necesară în sistemul de organizare sanitară.

In cadrul sectorului sanitar şi antiepidemic, pe lîngă numeroasele centre sanitare şi antiepidemice de regiune şi raion, îşi desfăşoară activitatea şi o serie de institute de cercetări, între care şi Institutul de igienă R.P.R., organizat pe principiul teritorializării în cele cinci centre medicale universitare. Rolul Institutului de igienă este de a efectua cercetări ştiinţifice în domeniul de specialitate şi de a îndruma din punct de vedere tehnic unităţile sanitare şi antiepidemice. Prin continua îmbogăţire a mijloacelor de cercetare, şi în special a celor de laborator, şi calificării cadrelor de cercetători, posibilitatea de studiu şi de investigare experimentală a problemelor de sănătate publică din partea Institutului de igienă a crescut mereu. Insuşindu-şi metode şi tehnici de cercetare din domeniul fizico-chimiei, toxicologiei, microbiologiei, fiziologiei, statisticii, ştiinţelor tehnice etc., laboratoarele răspund cu rezultate utile soluţionării complexelor probleme impuse de realităţile sanitare şi legate de etapa de dezvoltare economico-socială din ţara noastră.

De importanţa şi necesitatea cercetării permanente a factorilor bazali de existenţă şi dezvoltare a populaţiei, ca alimentaţia, apa, aerul, condiţiile de locuinţă şi dezvoltarea fizică a populaţiei în variate condiţii geografice şi sociale, nu se îndoieşte nimeni. Datele asupra caracteristicilor sanitare ale acestor factori ocupă un loc de seamă în stabilirea unui diagnostic etiologic, clinic şi sanitar şi sînt folosite la interpretarea complexelor procese patologice acute şi cronice, de natură infecţioasă sau toxică, precum şi în instituirea măsurilor de tratament şi de profilaxie. Cunoaşterea directă a factorilor de mediu, prin metode obiective de analiză şi nu numai prin constatarea efectelor asupra stării de sănătate a populaţiei, prin statistica morbidităţii, ne permite o intervenţie mai eficace în acţiunea de asanare, cu măsuri care se adresează factorilor etiologici cunoscuţi în toată structura şi dinamica lor.

Investigarea mediului şi a relaţiei acestuia cu omul din punct de vedere sanitar ia un caracter din ce în ce mai pretenţios, nu numai din cauza complexităţii pe care o îmbracă mediul de viaţă şi de muncă din

punct de vedere fizic şi social, ci şi din exigenţele unei sănătăţi la un nivel mult mai ridicat.

Despre contribuţia unor laboratoare în unele teme care au făcut obiectul cercetărilor în Institutul de igienă R.P.R. Bucureşti în anul 1956, voi expune sumare consideraţii în cele ce urmează, în scopul de a contribui la motivarea necesităţii cercetării mediului din condiţiile ţării noastre cu metode din ce în ce mai ştiinţifice şi de a înfăţişa reţelei curativo-profilactice importanţa cunoaşterii acestor factori în practica asistenţei medicale specializate şi calificate.

Problema protecţiei sanitare a apei şi în special a bazinelor naturale de suprafaţă, sursă de apă pentru multe centre populate urbane şi rurale, este de un interes deosebit. Prin creşterea centrelor populate şi dezvoltarea multiplelor industrii, s-a mărit considerabil încărcătura în reziduuri fecaloid-menajere şi industriale a apelor de suprafaţă. Cercetarea proceselor naturale şi artificiale de purificare a apei, în vederea reducerii şi neutralizării factorilor patogeni infecţioşi şi toxici din apă, a constituit o preocupare de prim ordin în Institutul nostru. S-a studiat în condiţii experimentale rolul protozoarelor, antagonismului microbian şi al unui factor cu proprietăţi asemănătoare antibioticelor, în procesul de curăţire a apei de bacili tifici. Rezultatele acestor experienţe ne-au condus la cunoaşterea ritmului de scădere a numărului bacililor tifici în apele poluate şi persistenţei lor îndelungate în variate condiţii, cu posibilităţi de estimare mai exacte a răspîndirii acestor germeni în apa de suprafaţă impurificată. În legătură cu această problemă şi ca o consecinţă de ordin practic, s-au experimentat diferite metode pentru izolarea enterobacteriaceelor patogene din apă. S-a ajuns la concluzia că metoda floculării cu sulfat de aluminiu dă rezultate dintre cele mai eficace şi practice, reuşind cu această metodă să izolăm pe mediu cu sulfit de bismut, în multe ocazii, bacilul tific din apă.

De interes teoretic şi practic s-au dovedit şi studiile făcute asupra bacteriofagilor antitifici şi anticoli din apă. S-a căutat anume care este semnificaţia prezenţei bacteriofagului antitific în apă, în raport cu sursele de impurificare care conţin bacili tifici. Atît din determinările cantitative de fagi, cît şi din cele calitative, ale specificităţii de tip, a rezultat că bacteriofagul antitific poate fi folosit ca un indicator foarte valoros în studiul proceselor de poluare a bazinelor de apă, fiindcă transformările bacteriofagilor, respectiv cîştigarea de valenţe caracteristice altor specii de bacterii, nu se produce într-un timp prea scurt şi că fagul în natură se păstrează cu greutate, aşa încît prezenţa lui la un moment dat indică o sursă de impurificare nu prea îndepărtată. Aceste date ne informează şi asupra rolului ce putem să-l atribuim bacteriofagului în procesul de asanare a mediului.

În ce priveşte nocivităţile de natură chimică, cu acţiune toxică, ne-am ocupat cu cercetarea substanţelor petrolifere, cuprului şi cromului, întîlnite în apele de suprafaţă. Studiile întreprinse pînă în prezent tind la punerea la punct a metodelor de expertiză experimentală a substanţelor toxice din apă, în vederea stabilirii concentraţiilor limită admisibile în apa bazinelor receptoare de reziduuri industriale. Determinarea acestor praguri este deosebit de importantă, deoarece astăzi se cunosc din ce în ce mai precis în patologie efectele toxice asupra organismului, rezultate din acţiunea cronică sau cumulate a cantităţilor

mici de substanţe. Prin dezvoltarea destul de mare pe care o ia industria chimică şi la noi, importanţa acestei probleme devine din ce în ce mai mare. In stabilirea toxicităţii lor, s-a folosit acţiunea asupra protozoarelor, asupra activităţii microorganismelor în variate procese de descompunere biochimică a substanţelor organice şi stabilirea DL la animale de laborator. Din aceste cercetări au rezultat, nu numai date privind metoda de cercetare în toxicologia apei, ci şi indicaţii cu privire la metodele de tratament a apelor reziduale industriale.

In continuarea cercetărilor din anii precedenţi, s-au studiat mai multe teme privind impurificarea aerului atmosferic. Deşi faţă de situaţia centrelor populate din multe ţări, nivelul de impurificare atmosferică specifică în oraşele noastre este în general încă scăzut, totuşi problema protecţiei aerului atmosferic se pune cu destulă acuitate în unele centre cu impurificare mai pronunţată industrială. Se cunosc rezultatele acumulate pe plan mondial, în ceea ce priveşte relaţia între starea de sănătate a populaţiei urbane şi calitatea aerului atmosferic, relaţie care se concretizează într-o patologie din cele mai variate, de la simple traumatisme, la complexe procese de scleroză şi stări canceroase. Ca metode, determinările asupra impurificărilor atmosferice au evoluat în laboratorul de igiena aerului, de la determinări gravimetrice şi conimetrice de aerosoli, la metode polarografice pentru Pb, Zn, Cu şi Mn, iar pentru determinarea substanţelor cancerigene s-a introdus metoda cromatografică. Studiul impurificării aerului atmosferic efectuat în patru centre populate, cu impurificări de Pb, ciment, Cl, SO_2 şi altele, urmăreşte stabilirea naturii, concentraţiei şi variaţiei impurificării, în raport cu influenţa asupra stării de sănătate a populaţiei. Am căutat în special nivelul morbidităţii la copii, în raport cu grupe martori, analizînd frecvenţa afecţiunilor oto-rino-laringologice, tabloul sanguin, afecţiunile aparatului respirator şi imaginea radiografică pulmonară. Cercetările se fac în colaborare cu Institutul de pediatrie şi Institutul de ftiziologie. Interpretarea rezultatelor unor astfel de studii întîmpină dificultăţi care nu sînt numai de ordin statistic, compararea a două loturi reprezentative, ci şi în ce priveşte diagnosticul şi mă refer în special la imaginea radiologică a plămînului. Constatările de pînă acum confirmă o morbiditate mai ridicată printre copiii centrelor populate impurificate, faţă de copiii din localităţile martore, fără a putea însă corela această morbiditate cu o acţiune specifică a substanţelor de impurificare. In vederea cunoaşterii acţiunii specifice a gazelor toxice din atmosferă, s-au iniţiat şi o serie de cercetări experimentale pe animale în legătură cu SO_2 şi Cl.

Din experienţele în care s-au folosit doze de 0,1—10 mg SO_2 la litru aer inspirat de iepuri, pneumogramele, rezultatele anatomopatologice şi cele biochimice privind glicemia, lactocidemia, piruvacidemia indică un efect toxic general, iritant, dar nu s-a putut stabili vreun mecanism patogenic special şi nici un efect sclerogen după inflamaţia reziduală a intoxicaţiei acute cu SO_2.

In secţia de igiena alimentaţiei a Institutului, se fac cercetări de fiziologie, toxicologie, biochimie şi microbiologie alimentară. Voi aminti numai cîteva teme privind studiul valorii nutritive a unor produse alimentare, teme de toxicologie alimentară şi de cercetare a stării de nutriţie a populaţiei.

Pentru fiecare produs alimentar sînt foarte importante de cunoscut valoarea nutritivă şi calitatea din punct de vedere igienico-sanitar, în raport cu variatele procese tehnologice de preparare şi condiţii de păstrare. Ne preocupă în special modificările biochimice ale proteinelor din produse de larg consum de la noi şi indicatorii fizico-chimici şi microbiologici pentru stabilirea gradului de transformare a protidelor, principii nutritive atît de valoroase raţiei fiecărui individ. Astfel, de exemplu, s-au cercetat modificările substanţelor proteice din brînza telemea în cursul păstrării la temperatura de 4° şi 16—22°. Degradarea proteică s-a urmărit la intervale variate de la data fabricării brînzei, determinîndu-se azotul total, azotul hidrosolubil, azotul neproteic, aminic şi amoniacal, precum şi ritmul de eliberare a aminoacizilor, atît în brînză, cît şi în ser. Pentru ritmul de eliberare a aminoacizilor s-a folosit metoda cromatografică. Rezultatele obţinute au arătat că în brînza păstrată la 16—22° are loc o degradare proteică importantă, manifestată în a 50-a—60-a zi de la data fabricării, degradare care este cu atît mai marcată, cu cît produsul s-a preparat din lapte mai contaminat. În ce priveşte ritmul de eliberare a aminoacizilor, s-a găsit că atît din brînză, cît şi din ser se eliberează următorii aminoacizi: lizina, acidul aspartic, serina, acidul glutamic, alanina, prolina, tirozina, valina şi leucina. Păstrarea brînzei la cald duce la o creştere cantitativă a aminoacizilor. S-a constatat în acelaşi timp că la aproximativ 70 de zile de păstrare la cald, dispare prolina din produs, moment ce coincide cu apariţia gustului şi mirosului neplăcut al brînzei şi începutul degradării importante a proteinelor. Faptul că dispariţia prolinei la un moment dat coincide cu fenomenul de alterare a brînzei prezintă un interes deosebit şi pentru practica controlului sanitar, putînd fi folosit ca un indicator de alterare a acestui produs.

Pentru studiul toxicologiei alimentare, în Institutul nostru s-a adoptat metoda folosită astăzi în general pe plan internaţional. Toxicitatea substanţelor întrebuinţate ca adjuvanţi alimentari sau care pot contamina diferite produse alimentare, cum sînt de exemplu numeroasele insecticide, fungicide, antigerminative etc. de largă aplicaţie în agrotehnie, este supusă unor cercetări cu caracter de expertiză experimentală. Se determină DL_{50} prin administrarea substanţei la animale mici de laborator, de obicei şoareci, pe cale parenterală şi *per os*. Toxicitatea cronică se determină prin administrarea dozelor mici, însă timp îndelungat, şi se urmăreşte efectul lor asupra curbei de creştere a animalului, asupra refacerii protidelor hepatice, asupra reproducerii, asupra morfologiei sîngelui, influenţa histo- şi fiziopatologică, asupra altor ţesuturi, precum şi acţiunea cancerigenă. Acest complex de probe reclamă o condiţie de experimentare deosebit de pretenţioasă, dată fiind în ultima analiză necesitatea aplicării rezultatelor obţinute din cercetarea pe animale, la condiţiile de alimentaţie a omului. Faptul că în astfel de cercetări acţiunea cronică trebuie urmărită timp îndelungat, o expertizare din punct de vedere toxicologic a unei substanţe necesită o perioadă de observaţie de cel puţin 2 ani. Acestor expertize, pe plan internaţional, au fost supuşi coloranţii alimentari, aromatizanţii, conservanţii, antioxidanţii, fungicidele etc., iar rezultatele au decis acceptarea sau nu a acestor substanţe în diferite produse alimentare şi limitele de concentraţie.

Noi am avut în planul de lucru pentru anul trecut şi în continuare pe anul în curs cercetarea toxicităţii colorantului „Orange GGN" şi antigerminativul de cartofi „Solanex". Rezultatele obţinute pînă în prezent dovedesc lipsa de toxicitate a acestor substanţe.

In problema studiului alimentaţiei şi stării de nutriţie a populaţiei în variate condiţii de muncă şi grupe fiziologice, împreună cu secţiile de igiena alimentaţiei din centrele sanitare şi antiepidemice, s-a cercetat valoarea nutritivă a raţiilor alimentare servite în cantinele diferitelor întreprinderi industriale şi instituţii, precum şi ale populaţiei rurale. Pentru studiul alimentaţiei populaţiei rurale, am întreprins acţiuni mai largi în regiunile în care regimurile alimentare sînt deficitare în protide animale şi niacină. Deşi în intensitate, pelagra, cunoscută boală carenţială la noi, a scăzut în mod considerabil faţă de trecut, totuşi, pentru completa lichidare şi prevenire a ei sînt necesare măsuri care să asigure un regim alimentar echilibrat ţăranilor din regiunile în care hrana are o compoziţie predominant maidică. In perioada martie-iunie, cu ajutorul reţelei de bază curativo-profilactice, a fost cercetată, prin examen medical, populaţia din 55 de comune rurale pentru diagnosticul pelagrei, iar reţeaua sanitară-antiepidemică a studiat, prin anchete verbale şi monografii, nivelul de alimentaţie în raport cu starea economică a populaţiei. Aceste cercetări ne-au permis să verificăm masa pelagroasă existentă, formele clinice, evoluţia ei pe raioane, în raport cu îmbunătăţirea condiţiilor de alimentaţie. Interpretarea rezultatelor au scos în evidenţă şi cu această ocazie insuficienţa datelor referitoare la etiopatogenia stărilor pelagroase şi prepelagroase, a formelor oligosimptomatice şi a aşa-zisului fond alimentar pelagrogen. Acest studiu a fost completat şi cu cercetări experimentale, urmărind pe cîini operaţi cu stomac mic Pavlov influenţa regiunilor alimentare monotone, inclusiv cele cu mălai, asupra secreţiei gastrice în raport cu bilanţul azotat. Studiul alimentaţiei populaţiei agricole constituie pentru noi şi în viitor una din problemele principale.

In secţia de igienă şcolară a Institutului, strîns legată şi de problema alimentaţiei populaţiei, s-a studiat nivelul de dezvoltare fizică a copiilor în raport cu diferiţi factori de mediu. Importanţa nivelului de dezvoltare fizică a copiilor, ca indicator al stării de sănătate, este apreciată din ce în ce mai mult în practica ocrotirii sănătăţii individului şi a colectivităţii. Justa interpretare a datelor somatometrice şi fiziometrice obţinute pe individ sau grup cere însă o detaliată cunoaştere a condiţiilor de mediu fizic şi social care au influenţat dezvoltarea filogenetică şi ontogenetică a organismului respectiv, în condiţiile particulare fiecărei ţări, regiune şi localitate. In acest sens au vorbit de altfel şi concluziile generale desprinse dintr-o măsurătoare făcută în urmă cu mai mulţi ani pe grupe reprezentative de copii şi adolescenţi de vîrste între 3 şi 18 ani din cuprinsul întregii ţări. In legătură cu acea primă înregistrare a nivelului de dezvoltare a copiilor, au rezultat nenumărate aspecte care trebuie cercetate pentru a cunoaşte cauzele care exercită un efect pozitiv sau negativ asupra dezvoltării în anumite condiţii de mediu. Una din aceste teme a fost urmărirea dinamicii dezvoltării unui grup de copii şcolari, pe perioade de mai mulţi ani, din capitală, prin determinări efectuate tot la 6 luni. S-a constatat că creşterea ponderală este mai accentuată, atît pentru băieţi, cît şi pentru fete în perioada lunilor

de vară și toamnă, fapt deosebit de datele din literatură, care situează această creștere ponderală mai accentuată iarna. Pe grupul de copii urmăriți de noi, s-a calculat că rația creșterii ponderale pe intervalul noiembrie-mai reprezintă aproximativ jumătate din rația de creștere ponderală din perioada mai-noiembrie. În ce privește talia, fetele au o creștere mai rapidă în lunile de vară-toamnă, pe cînd băieții prezintă o creștere mai vie a înălțimii în lunile de iarnă și primăvară. În general, valorile anuale de creștere la acești copii sînt mai mari decît cele găsite în cercetări antropometrice mai vechi la noi. Înregistrăm deci o accelerare a ritmului de creștere a copiilor în aceste anumite condiții de viață urbană. S-a mai cercetat, în problema dezvoltării fizice, influența regimului alimentar asupra copiilor din cămine de zi și a regimului de tabără de vară situată în regiune de munte. S-au întocmit tabele corelative staturo-ponderale pentru aprecierea dezvoltării fizice și s-a elaborat o metodă grafică, bazată pe principiul abacului lui Scholler, pentru înregistrarea grafică a datelor de dezvoltare fizică.

Tot în secția de igienă școlară, s-a studiat igiena procesului instructiv educativ la elevi. Problema influenței programului de activitate din școli asupra capacității de muncă și a activității nervoase superioare la elevi are o importanță teoretică și practică. Noi am cercetat diferite aspecte din această problemă, aplicînd metode de explorare din fiziologia nervistă. Într-o temă am urmărit modificările reacțiilor motoare condiționate la elevii din clasele a V-a și a X-a sub influența muncii de clasă, atît la stimuli, pentru primul sistem, cît și pentru cel de-al doilea sistem de semnalizare. Rezultatele investigațiilor arată că la acești elevi programul de școală de 5 ore nu influențează evident timpul de latență la stimulii pentru primul sistem de semnalizare, dar modifică latența în sensul alungirii reacțiilor motoare la stimuli legați de al doilea sistem de semnalizare, mai ales pentru ora 13. Lucrările confirmă cunoștințele clasice că ora de învățămînt de la 8 la 9 este de adaptare, că între 9 și 12 randamentul pare a fi cel mai bun și că după ora 12 încep să apară modificări în activitatea nervoasă a elevilor, care traduc apariția fenomenelor incipiente de oboseală.

Capacitatea de lucru a elevilor, în funcție de programul școlar, s-a urmărit și prin proba substituției pusă la punct de unul din colaboratorii Institutului, precum și pe bază de chestionar asupra regimului de activitate și de odihnă de acasă pentru întreg grupul de elevi din clasa a X-a. Calculul rezultatelor în coeficienți de rezistență la oboseală a dat posibilitatea stabilirii variațiilor capacității de lucru de la oră la oră și pe zilele dintr-o săptămînă. În funcție de orele din program, coeficienții au următoarele valori: 0,71; 0,73; 0,74; 0,70; 0,70: 0,68, ceea ce arată un randament optim în ora a III-a și a II-a, iar în ora a VI-a valoarea indicelui scade sub cea de la ora I.

În funcție de zilele săptămînii, dinamica capacității de lucru arată un maxim în ziua de joi, iar sîmbătă și luni o capacitate de lucru mai redusă. Pe baza acestor rezultate s-au putut face recomandări în privința situării diferitelor discipline, în programul orar și săptămînal de învățămînt.

Pe lîngă activitatea științifică de plan, pe care am ilustrat-o cu cîteva exemple, în Institutul de igienă, secțiile își duc activitatea și în problema de expertiză și avizări a proiectelor de construcții de locuințe

şi instalaţii, standardelor şi produselor de folosinţă publică din cele mai variate. Multe din aceste probleme reclamă, pe lîngă o documentare serioasă, şi cercetări experimentale de laborator şi de teren. Rezultatele sînt însă extrem de valoroase pentru practică, deoarece modificările sau completările aduse de noi au determinat respectarea condiţiilor impuse de cerinţele şi normele moderne ale igienei.

Pentru practica sectorului sanitar şi antiepidemic, au fost abordate, pe baza rezultatelor cercetărilor, instrucţiuni şi norme metodologice. Citez pentru exemplificare: perfectarea standardului bacteriologic şi chimic pentru controlul apei potabile; proiect de lege privind protecţia sanitară a aerului atmosferic din centrele populate; metoda determinării substanţelor petrolifere în apa de suprafaţă; instrucţiuni privind conţinutul activităţii şi metodele de lucru ale medicului din instituţiile de copii; instrucţiuni pentru folosirea tabelelor de corelaţie staturo-ponderală în aprecierea dezvoltării fizice; controlul valorii calorice a prînzurilor, metodologia anchetei alimentare şi altele.

Sprijinul şi îndrumarea reţelei sanitare şi antiepidemice s-au efectuat prin consfătuiri şi instructaje scurte ale medicilor igienişti, chimiştilor şi microbiologilor sanitari la Institut şi prin deplasările colaboratorilor secţiilor din Institut, la nivelul centrelor sanitare şi antiepidemice.

Socotesc că prezentarea cîtorva exemple din munca Institutului ilustrează îndeajuns caracterul tematicii, orientarea, metodele şi rezultele obţinute, toate în scopul aplicării lor în practica ocrotirii sănătăţii publice.

Articol intrat în redacţie în februarie 1957.

РЕЗЮМЕ

ИЗ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУХАРЕСТСКОГО ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА РНР ЗА 1953 ГОД

И. Арделян

Бухарестский гигиенический институт РНР является одним из научно — исследовательских институтов санитарного и противоэпидемического сектора Министерства здравоохранения и социального обеспечения. Этот институт ведет научные исследования в области коммунальной гигиены, гигиены питания и школьной гигиены по вопросам, тесно связанным с сектором здравоохранения, руководя также с технической точки зрения санитарной и эпидемической сетью.

По вопросам санитарной защиты вод были проведены исследования о роли простейших, о микробном антагонизме и о роли фактора, обладающего свойствами, напоминающими свойства антибиотиков в процессе очищения вод от тифозных палочек. Многочисленные исследования были проведены в связи с противотифозным фагом и фагом против кишечной палочки в качестве санитарного показателя загрязнения воды. С токсикологической точки зрения исследовались сточные воды нефтезаводов, содержащие медь и хром.

По вопросу о санитарной защите атмосферного воздуха были проведены исследования в четырех населенных центрах с значительным промышленным загрязнением воздуха, причем были установлены природа веществ, вызывающих это загрязнение и его влияние на состояние здоровья населения.

По вопросам питания были проведены исследования в связи с питательной ценностью молочных продуктов широкого потребления, причем были использованы хроматографический и электрофоретический методы для определения белков и аминокислот. Были исследованны с токсикологической точки зрения — пищевые красители и консервирующие вещества с проведением проб для каждого вещества при остром и хроническом отравлениях, а также и проб по поводу их канцерigенного действия.

В отделении школьной гигиены в качестве тематики для исследований был предложен вопрос об изучении физического развития детей в связи с факторами городской среды, питанием и пребыванием в летних лагерях, процессом обучения с применением методики исследования высшей нервной деятельности.

RÉSUMÉ

DE L'ACTIVITÉ DE RECHERCHES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE LA RÉPUBLIQUE POPULAIRE ROUMAINE DE BUCAREST AU COURS DE L'ANNÉE 1956

I. Ardelean

L'Institut d'hygiène de la R.P.R. de Bucarest est un des Instituts de recherches du secteur sanitaire et antiépidémique du Ministère de la Santé et des Prévoyances Sociales. Les attributions de l'Institut d'hygiène consistent à effectuer des recherches scientifiques dans le domaine de l'hygiène communale, de l'hygiène de l'alimentation et de l'hygiène scolaire, dans les problèmes étroitement liés à la pratique de la protection de la santé publique et de diriger du point de vue technique le réseau sanitaire et antiépidémique.

On a étudié, dans l'ensemble du problème de la protection sanitaire de l'eau, le rôle des protozoaires, l'antagonisme microbien et d'un facteur à propriétés semblables à celles des antibiotiques, dans le procès de purification de l'eau des bacilles tyhiques. De nombreuses recherches ont été effectuées en relation avec le bactériophage antityphique et anticoli comme indicateur sanitaire d'impurification de l'eau. On à étudié du point de vue toxicologique les eaux industrielles pétrolifères, contenant du Cu et du Cr.

Concernant le problème de la protection sanitaire de l'air atmosphérique, on a étudié quatre centres, avec l'importantes impurifications industrielles et on à déterminé la nature des substances d'impurification et leur influence sur l'état de santé de la population.

Quant au problème de l'alimentation on a étudié la valeur nutritive des produits lactés de large consommation en utilisant la méthode chromatographique et éléctrophorétique, pour la détermination des protéines et des aminoacides. On a étudié les colorants alimentaires et les substances antigerminatives, du point de vue toxicologique, en soumettant chaque substances aux épreuves de toxicité aiguë, chronique et cancérigène.

Dans la Section d'hygiène scolaire, on a soumis aux recherches le problème de l'étude du développement physique des enfants, par rapport aux facteurs de milieu urbain, d'alimentation de régime de campement d'été, et le problème de l'hygiène du procès d'enseignement, à l'aide de méthodes d'exploration de l'activité nerveuse supérieure.

SUMMARY

FROM THE RESEARCH-ACTIVITY OF THE INSTITUTE FOR HYGIENE, BUCHAREST, R.P.R., IN 1956

I. Ardelean

The Institute for Hygiene, Bucharest, R.P.R., is one of the Institutes for research in the sanitary and anti-epidemic field belonging to the Health and Social Welfare Ministry. The attribution of this Institute include scientific investigations in the field of communal hygiene, alimentary hygiene and school-hygiene, in problems which are closely related to the prcatice of public health protection ; it ils also intended to direct from the technical point of view the sanitary and anti-epidemic network.

In the field of sanitary protection of the water sources, investigations have been carried out concerning the part played by protozoa, and bacterial antagonism, and that of a factor whose properties are similar to the antibiotics in the cleansing-process of the water from typhoid bacilli. Many investigations have been carried out in connexion with the anti-typhoad anti-coli bacteriophage as o sanitary indicator of impure water. Toxicologic investigations have been made on the waters of the oil-industry as well as on those containing Cu and Cr.

As regards the problem of sanitary protection of the atmospheric air, investigations have been made in four densely populated centres, subjected to strong industrial pollution ; the nature of the polluting substances has been determined as well as their influence upon the health-condition of the population.

In the alimentary problem, the nutritive value of widely consumed milk products was investigated, by using chromatographic and electrophoretic methods for the determination of the proteins and amino-acids. The investigations included alimentary dyes and anti-germinative substances, which were examined from the toxicologic point of view, by performing acute, chronic, and cancerigenic toxicity tests for each substance.

In the school-hygine department, investigation was exemplified by the problem of studying the physical development of childern in connexion with urban environment factors, nutrition, and summer-camping conditions, and by investigations concerning the problem of hygiene during the teaching-process, using exploration methods of the superior nervous activity.

ZUSAMMENFASSUNG

AUS DER FORSCHUNGSTÄTIGKEIT DES HYGIENE-INSTITUTS DER R.V.R. BUKAREST, IM JAHRE 1956

I. Ardelean

Das Hygiene-Institut der R.V.R., Bukarest ,ist eine der Forschungsanstalten auf dem Gebiete der Gesundheitspflege und der Epidemienbekämpfung des Ministeriums für Gesundheit und Soziale Fürsorge. Zu den Belangen des Hygiene-Instituts gehört es, wissenschaftliche Forschungsarbeiten auf dem Gebiete der Gemeindehygiene, Nahrungsmittelhygiene und Schulhygiene unter Berücksichtigung der eng mit dem Gesunddheitswesen verknüpften Probleme durchzuführen sowie die sanitäre und antiepidemische Organisation vom technischen Standpunkt aus zu leiten.

In der Frage des Gesundheitsschutzes mit Bezug auf das Wasser, wurde die Rolle der Protozoen, des mikrobiellen Antagonismus und die eines Mittels mit Antibiotika-ähnlichen Eigenschaften, im Zusammenhang mit der Reinigung des Wassers von Typhusbazillen, untersucht. Zahlreiche Forschungen wurden über die Rolle des antityphischen und antikolischen Bakteriophagen als Anzeiger für die Verunreinigung des Wassers durchgeführt. Die industriellen Petroleumwässer sowie die mit Kupfer- und Chromgehalt wurden vom toxikologischen Standpunkt untersucht.

In der Frage des Gesundheitschutzes der atmosphärischen Luft wurden vier dicht bevölkerte, einen bedeutenden industriellen Verunreinigungsgrad aufweisende Zentren untersucht, wobei die Beschaffenheit der Verunreinigungsstoffe und deren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung festgestellt wurde.

In der Ernährungsfrage wurde der Nährwert der in grossen Mengen verbrauchten Milcherzeugnisse untersucht, wobei die chromatographische und elektrophoretische Methode zur Feststellung der Proteine und Aminosäuren angewendet wurde. Ferner wurden Farbstoffe für Nahrungsmittel und antigerminative Stoffe vom toxikologischen Standpunkt untersucht, wobei jeder Stoff auf seine akute und chronische Toxizität sowie auf seine krebsfördernde Wirkung geprüft wurde.

Auf dem Gebiete der Schulhygiene galt als Forschungsbeispiel das Problem des Studiums der körperlichen Entwicklung der Kinder im Verhältnis zu den Faktoren der städtischen Umwelt, die Frage der Ernährung und Lebensweise im einem Sommerlager und die Untersuchungen in der Frage der Hygiene im Lehrwesen, unter Anwendung von Erforschungsmethoden der höheren Nerventätigkeit.

Unele aspecte actuale ale educaţiei sanitare în R. P. R.

Conf. E. Albu şi Dr. V. Ivanov

Popularizarea cunoştinţelor medicale, igieno-sanitare şi antiepidemice au în ţara noastră o tradiţie destul de veche. Cercetările recente făcute în acest domeniu ne arată că datele de început ale unei asemenea preocupări în ţara noastră trebuie cercetate spre începutul secolului al XVII-lea. Însă numai concepţia profilactică care călăuzeşte astăzi sistemul nostru de organizare a ocrotirii sănătăţii publice şi condiţiile superioare oferite de stat au permis organizarea pe o treaptă nouă a educaţiei sanitare în ţara noastră şi dezvoltarea ei.

Nu este în intenţia noastră să cuprindem în articolul de faţă drumul pe care l-am străbătut în acest domeniu în ultimii ani. Nu ne propunem nici să descriem în mod sistematic gradul de dezvoltare la care am ajuns. Prezentul material urmăreşte să informeze doar asupra unora dintre principalele probleme şi aspecte actuale ale educaţiei sanitare în R.P.R.

★

In ţara noastră, cotitura radicală, de concepţie şi volum, a activităţii de educaţie sanitară s-a lovit de o situaţie grea. Personalul medico-sanitar, format în concepţia curativistă a medicinei în condiţiile capitaliste, nu era la începutul lui, nici avizat tehnic şi nici apropiat traducerii în viaţă a principiului curativo-profilactic.

Educaţia sanitară fiind o disciplină nouă, trebuia prezentată cercurilor medico-sanitare, iar medicii în primul rînd trebuiau convinşi de eficacitatea ei şi instruiţi în metodica desfăşurării acestei activităţi.

Deşi pînă anul trecut am editat un manual de educaţie sanitară pentru medici şi unul pentru cadrele medii, numeroase instrucţiuni, cîteva scrisori metodologice, programe analitice pentru efectuarea unor instructaje pe reţele, la locul de producţie, şi alte cîteva materiale metodologice, problema atragerii medicilor către educaţia sanitară şi a instruirii lor metodice este şi azi una din problemele cele mai actuale ale noastre.

Incepînd din acest an, am trecut şi la alte forme de acţiune. In rîndul lor amintim în primul rînd măsurile şi materialele didactice destinate asigurării unei cît mai bune pregătiri a studenţilor în medicină, în cadrul timpului încă foarte limitat, afectat predării acestei discipline în cadrul facultăţii. Aceeaşi importanţă crescută am început să dăm predării noţiunilor de educaţie sanitară la Institutul pentru specializarea şi perfecţionarea medicilor.

Pregătirea medicilor în ţară încercăm să o facem în acest an pe calea unor prelegeri — instructaje de metodică specială, pe specialităţi — efectuate la nivelul caselor de educaţie sanitară, cu concursul nemijlocit al vîrfurilor medicale locale.

Am început să întreprindem, în colaborare cu Societatea ştiinţelor medicale, unele măsuri menite să sprijine medicii care vor să ţină în cadrul secţiei de specialitate a Societăţii ştiinţelor medicale, referate axate pe teme educativ-sanitare.

Prin aceste măsuri şi altele noi, pe care le căutăm continuu, noi

avem încă de rezolvat apropierea reală şi instruirea metodologică a personalului medico-sanitar.

O verigă esenţială în îndrumarea şi conducerea organizatorico-metodologică a educaţiei sanitare este aportul celor peste 30 de case de educaţie sanitară regionale şi raionale, existente în ţara noastră. În cinci ani de la înfiinţarea primei case şi pînă azi, accentul activităţii lor s-a pus pe organizarea educaţiei sanitare pe raza teritoriului deservit. O dată cu formarea medicilor metodişti ai caselor de educaţie sanitară, s-a pus cu acuitate problema ridicării caracterului tehnic al activităţii acestor unităţi.

Această problemă actuală ne-a pus cîteva probleme teoretice şi practice. Astfel a trebuit să precizăm profilul medicului specialist în educaţia sanitară şi apoi, în raport cu obiectivele educaţiei sanitare, să indicăm direcţia în care trebuie să se dezvolte procuparea de cercetare, studii şi investigaţii pentru dezvoltarea creatoare a metodologiei educaţiei sanitare, în raport cu condiţiile locale specifice.

Pentru pregătirea specialiştilor reţelei noastre, noi ţinem anual, împreună cu Institutul de specializare şi perfecţionare a medicilor, cursuri de specializare de 2 luni.

De asemenea, Centrul de educaţie sanitară cheamă, în mod organizat şi la alegere, unele cadre pentru instructaje individuale la nivelul Centrului de educaţie sanitară. Facem consfătuiri şi conferinţe pe ţară sau zonale, o dată sau de două ori şi chiar de trei ori pe an. Înzestrăm casele cu literatură metodologică de specialitate.

Am considerat important pentru creşterea prestigiului educatorilor sanitari demonstrarea caracterului tehnic ştiinţific şi concret-eficace al activităţii de educaţie sanitară. Aceasta fiind o problemă de cea mai vie actualitate, noi am urgentat elaborarea unor indici calitativi proprii pentru determinarea eficienţei educaţiei sanitare.

Stabilirea acestor indici pe plan local necesită cunoaşterea, interpretarea statistică şi metodologică a unor date de evidenţă primară. Aceşti indici preliminari se cercetează azi în teren. Se şi întrevăd însă calitatea lor de a oglindi valoarea profilactică a măsurilor sanitare şi posibilitatea dirijării concrete a tematicii şi măsurilor educativ-sanitare, prin demonstrarea ştiinţifică a consecinţelor subaprecierii metodei educaţiei sanitare.

Dezvoltarea metodicii educativ-sanitare, în raport cu specificul local sau abordarea unor probleme de metodică specială (pe anumite boli), aşa cum se va vedea mai departe, constituie un alt aspect tehnic de bază al activităţii caselor, capabil să reţină atenţia oricărui medic dornic să aprofundeze şi să dezvolte datele specialităţii sale. În această direcţie, avem exemple concludente. Casa de educaţie sanitară din Petroşani, bunăoară, a elaborat interesanta metodă a consfătuirilor medico-pedagogice cu părinţii şcolarilor, casa din Constanţa lucrează frumos în întreprinderi cu ajutorul metodei „consfătuirilor medico-sanitare dintre muncitori şi vînfurile de conducere ale reţelei medico-sanitare locale"; în raionul Tudor Vladimirescu din Bucureşti a apărut metoda „sfatului de circumscripţie", forma foarte eficientă de folosire a activului sanitar de cartier; casa din Oraşul Stalin elaborează împreună cu un bun specialist local metodologia educaţiei sanitare în probleme atît de spi-

noase ale pedagogiei sexuale ; casa din Reşiţa a pus la punct metodica educaţiei sanitare cu muncitorii combinatului metalurgic local, în perioada internării lor în sanatoriile de noapte etc.

Desigur, tonul, problematica şi îndrumarea activităţii de cercetare a caselor sînt date de Centrul de educaţie sanitară. Iată bunăoară cum rezolvăm noi în etapa actuală problema activităţii mijloacelor educativ-sanitare.

Aici se pun, desigur, o problemă de conţinut şi una de formă. Pentru a stabili spre ce direcţie se canalizează interesul populaţiei pentru problemele de ocrotire a sănătăţii, deci ce tematică atrage mai mult în afara celei pe care ne-o fixează datele de analiză a morbidităţii pe ţară, noi am întreprins o largă investigaţie în sînul populaţiei. Poate că nu ar fi lipsit de interes să arătăm aici că, drept urmare a acestei cercetări, noi am început printre altele să acordăm o mai mare atenţie temelor legate de unele obiceiuri naţionale sau locale (de alimentaţie, de folosire a timpului liber, de îngrijire a gravidei, de creştere a copiilor etc.), cu intenţia „asanării" lor în conformitate cu regulile disciplinelor igienice şi totuşi a respectării acestor tradiţii.

O altă problemă care preocupă în momentul de faţă Centrul şi reţeaua de educaţie sanitară este intensificarea activităţii noastre în cadrul unor anumite grupe de populaţie. Principiul diferenţierii educaţiei sanitare în raport cu vîrsta, cu sexul, cu locul de muncă şi de trai al populaţiei, ne-a preocupat de multă vreme. In acest domeniu au fost obţinute o serie de succese. Dar ceea ce abia de doi ani a început să preocupe colectivul nostru, iar acum se află în centrul atenţiei, este problema acordării unei mai mari importanţe anumitor grupuri de populaţie în ansamblul măsurilor de educaţie sanitară a maselor.

Astfel, noi am dat o atenţie deosebită educaţiei sanitare a tinerei generaţii. Am socotit că acţiunea educativ-sanitară trebuie să înceapă încă din primii ani de viaţă şi de aceea educarea părinţilor şi în special a mamelor o realizăm sistematic. Copiilor ne adresăm direct în vîrsta preşcolară prin forme atractive accesibile lor : albume cu ilustraţii din lumea animalelor, centrate pe unele obiceiuri igienice cunoscute lor. Versuri simple uşor de reţinut însoţesc ilustraţiile. Tot în acest gen, realizăm o educaţie sistematică prin cartea în versuri bogat ilustrată, „Alfabetul sănătăţii", în colectivităţile de copii, în cămine şi grădiniţe. Pe aceeaşi linie ne preocupă extinderea teatrului de păpuşi, cu poveşti pe tema educativ-sanitară. Copiilor de vîrsta şcolară le-am imaginat un joc de grup intitulat „Ştafeta sănătăţii", bazat pe ideea că în cadrul întrecerii, elemente ce te fac să progresezi în joc sînt legate de deprinderi pozitive şi dimpotrivă cele care te opresc în loc sînt obiceiuri dăunătoare. Pentru copii şi tineret editäm o bogată literatură educativ-sanitară, nuvele, povestiri ştiinţifico-fantastice; iar în şcoală, în cadrul orelor de educaţie sanitară se realizează sistematizarea acestor cunoştinţe. Prin varietatea şi atractivitatea formelor şi continua lor înnoire, sperăm să căpătăm atenţia copiilor şi a tineretului.

O primă importanţă se acordă în prezent activităţii de educaţie sanitară cu bolnavii. In acest domeniu a existat la noi pînă în anii trecuţi o serioasă rămînere în urmă. Greutatea maximă trebuia acordată activităţii educativ-sanitare antiepidemice. Dar în ultimul timp, morbiditatea prin boli infecto-contagioase a scăzut mult în ţara noastră şi

ceea ce predomină acum tabloul morbidității sînt unele afecțiuni cardiovasculare, pulmonare și digestive cronice, ce dau bolnavului suferințe îndelungate și îl expun la lungi perioade de incapacitate de muncă. Este deci vorba de acele afecțiuni în care prevenirea complicațiilor, reactivărilor, recidivelor și eventual vindecarea țin mai mult de un anumit regim de viață și alimentație, decît de un tratament medicamentos, cu alte cuvinte, de un comportament igienic-dietetic pe care bolnavul trebuie să-l respecte. Stabilirea conținutului acestui comportament este o problemă a specialității medicale respective.

Metodica propagării comportamentului igienico-dietetic specific unei afecțiuni sau alteia, cît și aceea a însușirii lui de către bolnavi, constituie o problemă a educației sanitare.

Ce mijloace se folosesc la noi în acest scop?

Printre altele, Centrul de educație sanitară editează în tiraje mari o colecție de broșuri, intitulată „Regimul de viață și alimentația bolnavului de...". Au apărut de pildă broșuri pentru bolnavii cardiaci, hipertonici, ulceroși, reumatici, diabetici, tuberculoși etc. Aceste broșuri sînt difuzate gratuit de policlinici „la rețetă", cu alte cuvinte, după ce bolnavul este consultat și i se stabilește diagnosticul, o dată cu rețeta medicul îi înmînează și broșura respectivă.

Un studiu efectuat la nivelul Centrului de educație sanitară a demonstrat însă însemnătatea individualizării sfatului medical și atenția noastră, în consecință, este îndreptată în ultimul timp către elaborarea acestei metode speciale.

Colecția de memoratoare medicale diferențiate pe boli și bolnavi, care dă posibilitate medicului curant să realizeze cu ușurință o destul de bună individualizare a regimului igienico-dietetic este mijlocul principal pe care îl folosim azi.

Centrul de educație sanitară a elaborat și difuzat pînă în prezent o serie de memoratoare medicale axate pe afecțiuni, ca: reumatismul, boala ulceroasă, hepatita epidemică etc.

Pentru recomandările ce pot să difere de la un bolnav la altul, sînt lăsate spații goale pe care medicul curant le completează cu ocazia consultației de la policlinică sau cu ocazia ieșirii bolnavului din spital.

Pentru bolnavii care au suferit intervenții chirurgicale ce trebuie să fie urmate de un anumit regim igienico-dietetic (rezecții de stomac, colecistectomii, nefrectomii etc.), Centrul de educație sanitară editează de asemenea o colecție specială de broșuri.

Consultația profilactică cu grupuri de bolnavi de aceeași afecțiune, metodă introdusă și experimentată de Institutul central de educație sanitară din Moscova, s-a extins și în țara noastră. Multe policlinici și servicii medico-sanitare de întreprindere folosesc această metodă pentru educația sanitară a bolnavilor dispensarizați.

Clinica de nutriție și dietetică din București — prof. I. Pavel — a inițiat metoda convorbirilor profilactice însoțite de demonstrații dietetice, convorbiri ce se țin cu grupe de suferinzi de aceeași afecțiune. Convorbirea e condusă de un medic sau soră dietetică, iar demonstrațiile sînt făcute de personalul bucătăriei clinicii. Această metodă interesantă și foarte utilă a fost popularizată în rîndul personalului medical al staționarelor de boli interne.

In cadrul complexului de acțiuni educativ-sanitare, acordăm de ase-

menea o deosebită atenţie educării sanitare a femeilor. Dat fiind rolul social al femeii şi locul pe care aceasta îl ocupă în familie, noi sperăm ca prin munca desfăşurată pe această cale să contribuim la realizarea autoeducării populaţiei în proporţii de masă. De aceea, ne adresăm femeii printr-o gamă tematică extrem de vastă, începînd de la problemele de igienă individuală, precum şi a prevenirii afecţiunilor specifice ale femeii şi îngrijirea corectă a sugacilor şi copiilor mici, pînă la îngrijirea locuinţei, a alimentaţiei raţionale etc. In toate aceste acţiuni, desigur că se obţine sprijinul organizaţiilor de masă ale femeilor, ale sindicatelor şi ale Crucii Roşii.

Captarea atenţiei populaţiei pentru problemele de educaţie sanitară le numărăm, nu numai prin această adresabilitate, ci şi prin caracterul mereu nou şi atractiv al acţiunilor noastre. Un exemplu în această privinţă îl prezintă dezvoltarea în ultimii ani în cadrul afişului educativ-sanitar a caricaturii. Satirizarea obiceiurilor dăunătoare prin această formă s-a bucurat de apreciere şi interes din partea populaţiei noastre. Dezvoltarea acestei preocupări, precum şi îmbogăţirea permanentă a literaturii educativ-sanitare (în ultimii 3 ani s-au editat 375 de titluri în peste 20 de milioane tiraje), a literaturii metodice şi înzestrarea caselor de educaţie sanitară cu caravane cinematografice, multiple expoziţii mobile, magnetofoane, epidiascoape, colecţii de mulaje etc., sînt de asemenea preocupări actuale ale educaţiei sanitare din ţara noastră. Asemenea preocupări sînt azi posibile datorită importantului sprijin material pe care educaţia sanitară îl primeşte din partea statului.

Începutul unui schimb de experienţă pe plan internaţional, pe care Centrul de educaţie sanitară l-a realizat în 1956 cu unele dintre statele sistemului socialist, precum şi cu alte ţări, ne întăreşte convingerea că ne sînt deschise toate posibilităţile pentru a realiza progrese şi mai importante pe acest tărîm.

Articol intrat în redacţie în februarie 1957.

РЕЗЮМЕ

АСПЕКТЫ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ В РНР

Е. Албу, В. Иванов

Профилактические концепции, являющиеся в настоящее время руководящими концепциями системы организации здравоохранения в РНР, и оптимальные условия, созданные в стране, обеспечили развитие дела санитарного просвещения в РНР.

Организационными центрами этого сектора являются, руководимые врачами-специалистами в области санитарного просвещения, 30 домов санитарного просвещения учрежденных в каждой области и в больших городах.

Центр санитарного просвещения РНР создал условия, которые обеспечивают широкую издательскую деятельность и таким образом, за последние 3 года было выпущено свыше 375 названий просветительно — санитарного характера, тиражем свыше 20 миллионов экземпляров.

В результате особого внимания, уделяемого этой области, были разработаны и внедряются все в большей степени в практику новые просветительно — санитарные методы.

RÉSUMÉ

CERTAINS ASPECTS DE L'ÉDUCATION SANITAIRE DANS LA RÉPUBLIQUE POPULAIRE ROUMAINE

E. Albu, V. Ivanov

La conception prophylactique qui régit actuellement notre système d'organisation de la production de la santé et les conditions excellentes mises à notre disposition par l'Etat, ont permis un développement particulier de l'éducation sanitaire dans la R.P.R.

Les centres d'organisation de cette activité sont réprésentés par ces 30 maisons d'éducation sanitaire qui se trouvent au niveau de chaque région et grande ville et qui sont dirigées par des médecins spécialisés dans l'éducation sanitaire.

Avec l'appui du centre d'éducation sanitaire on deploye une large activité d'édition. En effet, dans les trois dernières années on a fait paraitre 375 brochures et tracts avec un contenu éducatif-sanitaire, touchant un tirage de plus de 20 millions exemplaires.

Des préoccupations spéciales dans ce domaine ont permis l'élaboration et l'application, sur une échelle toujours croissante, de nouvelles méthodes éducatives-sanitaires.

SUMMARY

CERTAIN ASPECTS OF SANITARY EDUCATION IN THE R.P.R.

E. Albu, V. Ivanov

The prophylactic concept which nowadays guides our system for the organization of health protection and the improved conditions offered by the State, have allowed of a special development of sanitary education in the R.P.R.

The Centres for the organization of this activity consist of the 30 Sanitary Education Houses in each region and large town, headed by physicians specialized in sanitary education.

Under the directions of the R.P.R.'s Centre for sanitary education, a wide publishing activity is provided for .Thus during the last 3 years, 375 titles of sanitary educational publications were issued in over 20 million copies.

The special importance given to this field of activtiy has allowed of new sanitary educational methods to be conceived and into practice on an ever increasing scale

ZUSAMMENFASSUNG

EINIGE ASPEKTE DER GESUNDHEITSERZIEHUNG IN DER R.V.R.

E. Albu, V. Ivanov

Die prophylaktische Auffassung, die unserem heutigen System zur Organisierung des Gesundheitsschutzes als Richtschnur dient sowie die vom Staat geschaffenen günstigen Vorbedingungen haben einen besonderen Aufschwung auf dem Gebiete der Gesundheitserziehung in der R.V.R. gestattet.

Die auf jedes Gebiet und jede grössere Stadt verteilten 30 Anstalten für Gesundheitserziehung, welche der Leitung von Fachärzten auf dem Gebiete der Gesundheitserziehung unterstehen, bilden die Organisationszentren dieser Tätigkeit.

Unter der Leitung des Zentrums für Gesundheitspflege der R.V.R. wird eine rege Verlagstätigkeit gesichert. So wurden in den letzten 3 Jahren 375 Arbeiten — Material zur Gesundheitserziehung — in einer Auflage von über 20 Mill. Exemplaren herausgegeben.

Besondere Forschungen auf diesem Gebiete ermöglichten die Ausarbeitung und Anwendung in immer grösserem Masse von neuen Methoden der Gesundheitserziehung.

*Cîteva aspecte medico-sociale privind organizarea asistenţei cardiacilor**

Dr. S. Ciorapciu — lector, Clinica medicală I.P.S.M.F. Spitalul „Colţea"

Statisticile morbidităţii şi mortalităţii, atît de la noi din ţară, cît şi din alte ţări arată că îmbolnăvirile şi decesele prin boli ale aparatului cardio-vascular au trecut astăzi pe primul plan, întrecînd în număr o serie întreagă de afecţiuni recunoscute pînă acum ca avînd caracter de masă. Se poate afirma deci că, actualmente, bolile aparatului cardio-vascular au ajuns cu adevărat boli cu largă răspîndire în masă.

Acest fapt are drept cauză, printre altele, două elemente principale: 1) creşterea reală, numerică, a bolilor cardio-vasculare şi 2) creşterea relativă datorită eficacităţii tratamentelor moderne (specifice sau nu, profilactice sau curative) în celelalte afecţiuni (tuberculoza sub diferite forme şi localizări, boli infecto-contagioase, carenţiale, ale copilăriei, sifilisul etc.).

Afecţiunile cardio-vasculare, prin etiologiile lor foarte variate, sînt de cele mai multe ori secundare unor cauze care nu le-ar mai fi generat dacă ar fi fost combătute cu eficienţă la timp. De aci deci, necesitatea de a lupta împotriva unor boli, printre care boala reumatismală ocupă primul loc.

Bolile cardio-vasculare, afectînd indivizi de toate vîrstele, de la frageda copilărie şi pînă la bătrîneţe, ca şi de toate profesiunile, pun şi interesante probleme de orientare şi recalificare profesională.

Numai aceste două componente arată că, pentru a se asigura o reală asistenţă cardiacilor, este necesar ca lupta să fie dusă sistematic, pe două planuri: medical şi social.

Din punct de vedere medical, prin acţiuni complexe, trebuie să se realizeze o diminuare a numărului de îmbolnăviri cardio-vasculare, în special prin profilaxia reumatismului poliarticular acut şi a sechelelor sale. Pe plan social, trebuie să se asigure încadrarea acestor cardio-vasculari, care au forţa de muncă scăzută, în locuri în care randamentul lor să fie maxim în raport cu capacitatea lor fizică.

Pentru realizarea acestor acţiuni medicale şi sociale este nevoie, pe lîngă altele, şi de cadre medicale bine calificate, atît în domeniul asistenţei curativo-profilactice, cît şi în domeniul social al recalificării şi orientării profesionale.

Iată deci trei aspecte importante ale problemei:

— Asistenţa medicală curativo-profilactică a cardiopatiilor.

— Orientarea şi, eventual, recalificarea profesională a cardiacilor.

— Crearea cadrelor medicale necesare pentru realizarea acestor scopuri.

Este bine ca înainte de a analiza primele două puncte să ne ocupăm de crearea cadrelor medicale specializate în această direcţie. Aceste cadre, printre altele, vor avea ca sarcină să depisteze un cardiopat complet latent, fără nici o acuză subiectivă, să îi aprecieze capacitatea de muncă şi să îl orienteze spre o profesiune care să nu îi fie nocivă.

---

* Articolul se publică în continuarea discuţiei începută la nr. 1 al revistei pe anul 1957, cu articolul dr. P. Andreescu, „Organizarea asistenţei cardio-vasculare".

Pentru exemplificare dăm cazul unui copil din clasa V—VI elementară care este descoperit ca avînd o insuficienţă mitrală. Este mai bine ca acest copil să fie orientat spre o profesiune care să nu îi ceară eforturi fizice, cum ar fi aceea de ceasornicar, optician, desenator tehnic etc., decît să fie lăsat să se îndrepte spre alte munci care l-ar duce repede la felurite complicaţii sau insuficienţă cardiacă.

Prin aceasta, ca şi prin măsurile medicale prescrise, pacientul îşi va păstra cît mai multă vreme starea de compensare care îi asigură maximum de sănătate şi de randament în muncă.

Cadrele de specialitate trebuie aşadar să colaboreze la examinările periodice ce se fac în special la şcoli, în cămine, în armată ca şi în alte colectivităţi de tineri, dat fiind că, la această vîrstă, reumatismul acut, poliarticular sau abarticular, este mai frecvent şi cu atingeri cardiace mai dese.

Aceşti medici trebuie să fie buni clinicieni, cu profunde cunoştinţe de cardiologie, pentru ca să poată asigura oricînd îngrijirea, ca şi profilaxia afecţiunilor cardio-vasculare.

O problemă care este necesar a fi dezbătută este aceea de a se stabili de cine, unde şi cînd să se creeze aceste cadre medicale. Incontestabil că în ţară avem cîteva clinici în care profilul creat în cursul anilor este în special de cardiologie. Aceste clinici, cu personalul bine calificat în această direcţie, ar trebui utilizate la maximum în acest scop. Eventual, ele ar putea deveni pur cardiologice, de subordonare republicană, asigurîndu-se astfel mai uşor material pentru învăţămînt din toată ţara. Negreşit că şi celelalte clinici, institute sau chiar unele servicii spitaliceşti pot aduce un aport important în această problemă complexă : didactică, ştiinţifică, curativă şi profilactică. Bogata activitate a ASCAR-ului a adus pînă acum valoroase contribuţii care desigur se vor amplifica pe măsură ce se va trece la forme superioare de organizare a asistenţei cardiacilor.

In învăţămîntul universitar ar trebui să se dea o mai mare amploare învăţămîntului cardiologic, fără însă ca aceasta să se facă în dauna celorlalte discipline.

Pregătirea viitorilor cardiologi trebuie efectuată în mod sistematic prin I.P.S.M.F. sau prin stagii îndelungate în clinicile şi institutele specializate în acest sens. Cadrele necesare trebuie să fie desigur numeroase, pentru a putea acoperi reţeaua de specialitate pe cuprinsul întregului teritoriu al ţării. De aceea calificarea lor va cere un timp destul de lung. Este de dorit ca în această reţea de specialitate să fie încadraţi acei medici care sînt în adevăr calificaţi în acest sens.

Se pune întrebarea : după ce criterii vor fi aleşi cei care vor fi îndrumaţi spre specializarea sau perfecţionarea în cardiologie ?

La început, pot fi alese acele elemente care au lucrat un număr de ani în această specialitate, iar mai tîrziu, pe măsură ce posibilităţile o vor permite, ele vor trebui să provină dintre medicii care au urmat cursuri de specializare sau perfecţionare în această direcţie.

Ar fi de dorit ca cei trimişi la aceste cursuri să fie recrutaţi, prin concursuri speciale, dintre absolvenţii facultăţilor de medicină generală, după un anumit număr de ani de la terminare.

In trimiterea la specializare este bine să se ţină seama şi de încli-

mările ca şi de aptitudinile individuale, realizîndu-se astfel şi în acest domeniu un fel de orientare profesională.

Alături de aceste cadre medicale trebuie create şi cadre medii sanitare capabile să lucreze cu randament maxim în sectoarele curative şi profilactice. Rolul acestor cadre va fi important, atît în staţionarele de specialitate, cît şi pe teren, unde vor urmări în special latura profilactică a problemei.

Pe lîngă pregătirea acestor cadre medicale, sindicatele constituie un sprijin serios în asistenţa cardiacilor. De aci necesitatea de a se crea şi astfel de cadre, care să poată cuprinde aceste dificile probleme medico-sociale. Sindicatele au un rol atît în încadrarea în cîmpul muncii a cardiacilor, cît şi în calificarea sau recalificarea lor. Pentru aceasta, reprezentanţi competenţi ai sindicatelor trebuie să activeze în toate colectivele întreprinderilor sau instituţiilor în care urmează să fie încadraţi bolnavii cardiaci.

Asistenţa curativă a cardiacilor este de mare însemnătate, ea nemaiavînd nevoie să fie demonstrată. Partea cea mai importantă este însă profilaxia acestor afecţiuni. În acest scop este nevoie de o strînsă colaborare între diverse specialităţi medicale: pediatrie, oto-rino-laringologie, stomatologie, bacteriologie, reumatologie, contagioase etc. Într-o serie întreagă de afecţiuni, dintre care cele mai frecvente sînt hipertensiunea arterială şi arterioscleroza, profilaxia noastră se va reduce la măsuri dietetice şi igienice. Scopul acestor măsuri este de a împiedica cît mai mult timp apariţia semnelor clinice care sînt expresia modificărilor anatomice rezultate în urma tulburărilor metabolice, a căror cauză încă ne scapă. Aceasta înseamnă că medicul şi în această împrejurare trebuie să aibă un rol activ, prin supravegherea celor predispuşi la aceste afecţiuni, prescriindu-le un regim de viaţă şi o dietă care să nu le fie nocivă.

Spre a se evita scleroza pulmonară, generatoare de insuficienţă cardiacă rebelă la tratament, profilaxia trebuie începută foarte de timpuriu. Aceasta se realizează prin tratarea bolilor care o produc, adică a bacilozei şi a sifilisului, ca şi prin prevenirea diverselor pneumoconioze profesionale.

În sifilis, ca şi în multe alte boli infecţioase, marile progrese terapeutice care s-au făcut în ultimii ani fac posibilă evitarea, în mare măsură, a atingerii cardio-vasculare. Depistarea la timp a acestor boli ca şi corecta lor tratare constituie cea mai bună profilaxie a afecţiunilor cardio-vasculare avînd această etiologie.

Profilaxia bolilor congenitale ale aparatului cardio-vascular, ca de altfel a tuturor afecţiunilor congenitale, nu are astăzi o eficienţă dovedită. Bineînţeles se va face o profilaxie indirectă prin supravegherea şi tratarea afecţiunilor de orice fel ale părinţilor, care ar putea să aibă repercusiuni asupra fătului. Astfel, se vor trata sifilisul şi diverse infecţii şi nu se vor aplica mamei tratamente intempestive ce pot prejudicia copilului, ca de exemplu, radioterapia în sfera lombo-abdominală.

Numărul cel mai mare de cardiopatii este însă datorit reumatismului poliarticular acut (R.P.A.). Aici trebuie să se îndrepte toată atenţia noastră. Lupta trebuie dusă împotriva reumatismului poliarticular acut şi a cauzelor care îl produc. Aceasta nu este uşor deoarece R.P.A. are manifestări clinice variate, de la formele cu poliartrită severă pînă la

cele complet abarticulare. Recunoaşterea şi tratarea corectă şi la timp a acestor afecţiuni pun la adăpost de atingerea cardiacă pe bolnavii respectivi. Din acest punct de vedere, astăzi diagnosticul de R.P.A. comportă un caracter de urgenţă. Leziunea cardiacă se constituie la numai cîteva zile de la apariţia bolii. Rezultă deci că în cazul diagnosticării la timp a bolii reumatismale instituirea unui tratament cu ACTH şi cortizon dă posibilitatea prevenirii eventualei lezări cardiace. Or, numai rareori constatarea afecţiunii cordului se face încă din primele zile ale bolii, tratamentul fiind astfel inoperant.

Formele fruste incomplete, reduse uneori la simple artralgii, mialgii, sau stări febrile nedefinite, pun probleme dificile de diagnostic. Cum aceste forme apar în special la copii, colaborarea cu pediatrii trebuie să fie foarte strînsă. În asemenea cazuri este mai bine să se pună un diagnostic de probabilitate de R.P.A. şi să se administreze tratamentul adecvat, decît să se aştepte urmărirea evoluţiei, în care timp adesea se poate produce lezarea cordului, de multe ori definitivă.

O atenţie deosebită trebuie acordată coreei; ea este destul de frecventă ca debut al unui reumatism poliarticular acut. Leziunea cardiacă poate apărea numai după coree, fără manifestări articulare.

Am observat de curînd cazul unei bolnave în vîrstă de 17 ani, care la 12 ani a suferit de coree şi care acum prezenta o boală mitrală şi insuficienţă aortică. De data aceasta, se internase în spital pentru fenomene articulare. Însămînţările făcute din gît au decelat un streptococ viridans. Astfel de cazuri ilustrează bine similitudinea dintre coree şi R.P.A., în ceea ce priveşte atingerea cardiacă.

Astăzi deci este bine ca coreea să fie considerată din punct de vedere al tratamentului similară cu R.P.A. şi ca atare să fie tratată cît mai precoce (hormonoterapie suprarenală).

Se ştie că adesea angina constituie un semn premonitoriu al R.P.A., putînd apărea cu 8—15 zile înaintea manifestărilor articulare. Ea trebuie cercetată sistematic, pentru că copilul se plînge numai rareori de dureri de gît. Prezenţa streptococului hemolitic în gît este un important element de diagnostic în favoarea R.P.A. Iată deci importanţa acestor cercetări bacteriologice şi a profilaxiei cardiopatiei, atît prin medicaţie antireumatismală, cît şi prin penicilină pentru sterilizarea gîtului. Distrugerea streptococului este obligatorie pentru că prezenţa lui este favorabilă izbucnirii atacului de R.P.A. ca şi a recidivelor acestor atacuri. Sterilizarea gîtului prin antibiotice este cu atît mai necesară, cu cît amigdalectomia nu pune bolnavul la adăpost, nici de apariţia primului atac de R.P.A., şi nici de recidivele lui. Prin sterilizarea gîtului şi prin tratament cu ACTH sau cortizon se pot evita mai sigur şi localizările cardiace, şi recidivele R.P.A. Bineînţeles, terapia salicilică continuă să-şi menţină locul important curativ şi profilactic pe care îl deţine de mai bine de 80 de ani în tratamentul R.P.A.

După ce semnele clinice articulare sau extraarticulare ale R.P.A. au dispărut, numai unele semne biologice permit să se aprecieze potenţialul evolutiv al R.P.A. Printre acestea o mare importanţă au V.S.H., electroforeza şi fibrinemia. V.S.H., printr-o creştere masivă inexplicabilă, permite depistarea la timp a atacurilor celor mai fruste, a căror profilaxie se poate astfel realiza imediat.

Este de remarcat că discuţiile cele mai importante şi cele mai

numeroase, care se fac în legătură cu R.P.A., se poartă în jurul localizărilor cardiace. Se cuvine deci ca R.P.A. să fie diagnosticat şi tratat de cardiologi, avînd în vedere că un bolnav cu R.P.A. poate să facă oricînd o localizare cardiacă, după cum un cardiopat poate să facă oricînd un atac de R.P.A. De altfel, după cum se ştie, reumatismul cardiac poate să evolueze adesea complet abarticular.

Cele spuse relativ la amigdale sînt valabile şi la celelalte focare infecţioase ce pot exista în gură sau în altă parte a organismului, astfel că nu mai insistăm asupra necesităţii de a fi depistate, tratate şi chiar eliminate din corp.

Au fost necesare aceste considerente mai lungi asupra R.P.A., pentru că o bună organizare a luptei contra cardiopatiilor trebuie să ţină seama şi să combată această afecţiune, generatoare a celor mai multe şi mai grave afecţiuni cardiace.

Negreşit, progresele realizate de chirurgia cardiacă aduc o corectare ce poate fi egală cu vindecarea funcţională a unora din aceste localizări. Dar aceasta nu este decît o remediere parţială şi locală a răului, principalul fiind să se realizeze profilaxia atingerii cardiace.

Ce se întîmplă însă dacă, cu toate măsurile noastre, individul a devenit un cardiopat ?

Dacă boala lui evoluează de multă vreme şi a ajuns în stadiul de insuficienţă cardiacă manifestă, el va fi luat în evidenţa unităţilor curative şi îngrijit, fie în staţionar, fie în teritoriu. In acest caz, de cele mai multe ori nu mai poate fi vorba de o recuperare spre a deveni capabil de muncă, ci el urmează a fi trecut în sarcina prevederilor sociale

Latura socială propriu-zisă a asistenţei cardiacilor apare în mod deosebit de evident atunci cînd este vorba de cardiacii potenţiali sau de cardiacii actuali asimptomatici sau cu rezerva cardiacă micşorată.

Dacă este vorba de copii, este bine ca aceştia să fie instruiţi în şcoli speciale, în care ei să nu se simtă în inferioritate faţă de ceilalţi colegi ai lor valizi. Aici vor putea fi supravegheaţi şi îndrumaţi de un personal special educat în acest sens. Controlul şi îngrijirea medicală se realizează astfel mai bine, evitîndu-se agravarea bolii. Munca şi traiul într-o colectivitate omogenă dau încredere şi stimulează activitatea copiilor. Chiar de pe băncile şcolii pot fi observate aptitudinile elevilor care vor fi astfel mai bine orientaţi spre profesiunile corespunzătoare cu capacitatea lor de muncă.

Instruit şi orientat astfel, copilul cardiac îşi va menţine multă vreme compensarea, devenind un element util societăţii.

Dacă însă este vorba de un adult, problema este mai complexă. Cardiacul, avînd forţa sa de muncă redusă, are posibilităţi mai restrînse de încadrare în cîmpul muncii. De cele mai multe ori acesta trebuie să-şi schimbe felul de muncă (profesiune) adică să se recalifice. Această concepţie este nouă şi s-a dezvoltat în special în secolul nostru. Ea constituie un progres în gîndirea medical-socială. Calificarea sau recalificarea cardiacilor trebuie să formeze specialişti perfecţi care să compenseze prin aceasta forţa lor scăzută de muncă. Ei trebuie instruiţi în colective alcătuite în raport cu vîrsta lor, profesiunea anterioară sau educaţia lor. Statisticile întocmite arată că un cardiac, întrebuinţat la o muncă potrivită cu capacitatea sa, va da un randament satisfă-

cător. El nu va absenta şi nu va avea boli sau accidente mai frecvent decît ceilalţi salariaţi.

Calificarea şi recalificarea cardiopaţilor trebuie să se facă după indicaţiile sau sub supravegherea medicilor specializaţi în această problemă.

Bolnavii înşişi trebuie convinşi că pot îndeplini o anumită muncă fără să-şi pericliteze sănătatea. Mai mult decît atît, în felul acesta munca le întreţine un grad de mai bună funcţionare a aparatului cardiovascular prin eforturile fizice pe care le îndeplinesc fără a-şi da seama. Citez în această privinţă rezultatele funcţionale bune care se obţin la unii cardiaci în clinica medicală a Spitalului „Colţea" prin gimnastica medicală. Cultura fizică medicală trebuie deci să facă parte integrantă dintre multiplele mijloace de recalificare ale cardiopatului. Cultura fizică medicală are şi un rol psihologic, demonstrînd bolnavului că este în stare să îndeplinească un efort fizic mai mare decît cel pe care îl face obişnuit în viaţa de toate zilele, şi care astfel îl apropie de indivizii sănătoşi.

Examenul medical de angajament trebuie să stabilească capacitatea de muncă a cardiacului, astfel ca el să dea maximum de randament fără să-şi dăuneze sănătăţii sau profesiunii sale.

Medicii cardiologi sau de întreprindere, cu concursul cadrelor specializate din sindicatele respective, trebuie să vegheze la justa repartiţie în cîmpul muncii a acestor bolnavi.

Calificarea sau recalificarea, ca şi încadrarea în muncă, făcute în mod raţional, coordonat, pot fi privite din unele puncte de vedere aproape sinonime cu vindecarea funcţională: individul va trăi fără suferinţe, capabil de muncă şi de viaţă social-familială.

Privite astfel, aceste cîteva aspecte medico-sociale relative la organizarea asistenţei cardiacilor arată ca această acţiune este extrem de necesară, că ea este foarte complexă, şi că pentru realizarea ei este nevoie de colaborarea pe planuri multiple a forurilor medicale, sociale şi a organizaţiilor de masă.

Articol intrat în redacţie în ianuarie 1957.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО — СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В СВЯЗИ С ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ СЕРДЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ

С. Чорапчиу

QUELQUES ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX, CONCERNANT L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE DES CARDIAQUES

S. Ciorapciu

SOME MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS CONCERNING THE ORGANIZATION OF THE ASSISTANCE FOR CARDIAC PATIENTS

S. Ciorapciu

EINIGE MEDIZINISCH-SOZIALE ASPEKTE DER ORGANIZATION DER HERZKRAKENBETREUUNG

S. Ciorapciu

Aspecte din organizarea reţelei medico-sanitare a Căilor Ferate Romîne

Dr. G. Romanescu, dr. R. Protopopescu, dr. D. Bobic

Ocrotirea şi îngrijirea sănătăţii oamenilor muncii din sectorul feroviar este asigurată printr-o reţea medico-sanitară proprie a Ministerului Căilor Ferate.

Specificul muncii în sectorul feroviar a impus, încă din primii ani de existenţă a căilor ferate, crearea unei reţele proprii medico-sanitară în ţara noastră. Aceleaşi considerente care au dus la crearea unei reţele proprii medico-sanitare feroviare în ţara noastră au făcut ca şi în alte ţări să se creeze reţele proprii pentru acordarea asistenţei medicale în sectoarele de activitate feroviare. Astfel, în prezent, U.R.S.S. posedă una dintre cele mai dezvoltate reţele proprii medico-sanitare feroviare; de asemenea găsim reţele organizate în R. P. Chineză, R. P. Polonă, R. Cehoslovacă, R.P. Bulgaria etc. În R.P. Bulgaria de exemplu s-a creat chiar un Institut de cercetări medicale feroviare. Specificul cerut de asistenţa medicală ce se acordă feroviarilor a dus la crearea Uniunii internaţionale a medicilor feroviari. De asemenea, ţinerea unor congrese medicale feroviare dovedeşte existenţa unei probleme specifice de asistenţă medico-sanitară feroviară.

În trecut, dezvoltarea reţelei medicale feroviare nu era axată pe principii organizatorice definite şi nici nu acoperea necesităţile reale ale asistenţei medico-sanitare, astfel că se găseau circumscripţii medicale ce deserveau cîteva sute de kilometri. Lipsea o reţea de policlinici specializate, iar numărul de paturi în spitale era departe de a satisface îngrijirea masei de asistaţi. O dată cu dezvoltarea reţelei de căi ferate, la noi în ţară, datorită specificului de muncă în acest sector de activitate, au luat fiinţă şi primele unităţi medico-sanitare feroviare. Astfel, în 1870 a luat fiinţă circumscripţia medicală Paşcani, în 1890 circumscripţiile medicale Mediaş, Reghin, Timişoara. Prima unitate spitalicească feroviară a fost aceea de la Simeria, din 1906. De asemenea, au luat fiinţă sanatorii balneare proprii ale căilor ferate, de exemplu, Sanatoriul balnear Buziaş înfiinţat în anul 1906. Pe măsură ce s-au extins liniile de cale ferată au fost înfiinţate şi alte unităţi medico-sanitare.

După 1944, în anii regimului de democraţie populară, datorită grijii permanente a partidului şi guvernului pentru sănătatea oamenilor muncii, reţeaua medico-sanitară C.F.R. a cunoscut o dezvoltare de mari proporţii. Numărul spitalelor a crescut cu 100%, iar capacitatea de spitalizare cu 180%. De asemenea, numărul unităţilor ambulatorii a crescut în ceea ce priveşte circumscripţiile medicale feroviare cu 13%, iar al policlinicilor cu 500%.

Dacă în ceea ce priveşte unităţile industriale în cadrul M.C.F., asistenţa medicală care trebuie acordată poate fi asimilată cu modul de organizare al unităţilor medico-sanitare din reţeaua Ministerului Sănătăţii, organizarea asistenţei pentru personalul feroviar în sectorul de exploatare este deosebită prin specificul de muncă feroviar, prin distanţa mare dintre unităţi (staţii, cantoane, depouri etc.), prin existenţa liniei în loc de teritoriu. Personalul din exploatare necesită o supraveghere

medicală continuă din momentul internării în şcoli, supraveghere bazată pe regulamente de examinări medicale axate tocmai pe condiţiile speciale ale muncii din sectorul feroviar.

Ministerul Căilor Ferate a fost unul dintre primele departamente care s-a preocupat de refacerea sănătăţii salariaţilor săi, în care scop şi-a organizat şi o reţea proprie de sanatorii balneo-climaterice, care în anii de democraţie populară s-a dezvoltat în proporţie de 100%.

Un alt aspect al asistenţei medicale din sectorul feroviar este legat de caracteristicile muncii celor ce concură la siguranţa circulaţiei. În acest scop, cadrele medicale calificate, cunoscînd specificul muncii acestor salariaţi, urmăresc prin examene periodice riguroase starea sănătăţii şi măsura în care corespund muncii de mare răspundere pe care o duc pentru siguranţa circulaţiei.

Din punct de vedere organizatoric, asistenţa medico-sanitară feroviară este condusă de o direcţie centrală din cadrul Ministerului Căilor Ferate, organizată pe trei sectoare principale: curativo-profilactic, sanitaro-antiepidemic şi administrativo-gospodăresc.

În subordinea Direcţiei medicale sînt cele şase centre medicale regionale, organe tehnico-administrative, care coordonează şi conduc asistenţa medico-sanitară de pe teritoriul unei regionale C.F.R. Structura acestor centre se bazează tot pe cele trei resoarte principale. Spitalele unificate şi policlinicile de teritoriu coordonează şi execută asistenţa medico-sanitară de pe un teritoriu arondat şi sînt subordonate direct Centrelor medicale.

Reţeaua medico-sanitară C.F.R. este organizată pe baza principiilor de organizare sanitară a Ministerului Sănătăţii adaptate la caracteristicile muncii feroviare.

Aceste principii sînt:

— principiul teritorializării;

— principiul accesibilităţii la asistenţa medicală (apropierea asistenţei medicale de locul de muncă);

— principiul asistenţei medicale preferenţiale a personalului, care concură la siguranţa circulaţiei.

Pornind de la aceste principii s-a ajuns la actuala formă organizatorică, cea mai corespunzătoare pentru acordarea unei asistenţe medicale specializate şi calificate în mediul feroviar.

În organizarea sanitară a reţelei medico-sanitară M.C.F., unitatea de bază o constituie circumscripţia medico-sanitară de linie şi punctele de sănătate cu medic. Considerăm aceste unităţi ca unităţi de bază, deoarece au rolul de a acorda asistenţă medicală curativo-profilactică şi sanitaro-antiepidemică în primul rînd salariaţilor din sectorul de exploatare, deci sectorul cu cel mai accentuat specific de muncă feroviară.

În aceste unităţi, medicii şi personalul auxiliar pun un deosebit accent pe munca profilactică, ceea ce cere din partea acestora o bună cunoaştere a caracteristicii muncii personalului din exploatare, personal care, în cea mai mare parte, concură la siguranţa circulaţiei. Prin deplasări pe linie, medicii feroviari îşi însuşesc procesul muncii şi, studiind morbiditatea legată de aceşti factori specifici, pot trece la luarea unor măsuri pentru scăderea morbidităţii în rîndul asistaţilor.

Caracteristica unei circumscripţii medico-sanitare de linie este faptul că teritoriul ei este constituit de linia de cale ferată, revenind unei cir-

cumscripţii circa 10—60 km/linie. Deoarece terenul unor circumscripţii nu poate fi acoperit în bune condiţii datorită distanţelor mari, s-au înfiinţat puncte de sănătate de linie încadrate cu cadre medii sanitare. Acestea depind de circumscripţia de linie şi au sediul la 20—30 km de localitatea de reşedinţă a circumscripţiei medico-sanitare de linie.

Asistenţa medicală a membrilor de familie se acordă, atît de către circumscripţia şi punctele de sănătate de linie, cît şi de către unităţile Ministerului Sănătăţii, acolo unde distanţa de locul de domiciliu este prea mare.

În afara circumscripţiei medico-sanitare de linie, care întruneşte în cel mai înalt grad caracteristicile muncii medicale feroviare, reţeaua medico-sanitară C.F.R. mai dispune de puncte de sănătate cu medic în unităţi cu caracter închis (ateliere, depouri de locomotivă etc.).

Pe şantierele în care se execută lucrările de construcţii feroviare, asistenţa medicală a muncitorilor este asigurată de circumscripţiile de şantiere şi punctele de sănătate cu personal mediu.

Urmînd principiul teritorializării circumscripţiei medico-sanitare de linie, punctele de sănătate sînt arondate unei policlinici teritoriale sau unei policlinici regionale. Policlinicile acordă asistenţă medicală de specialitate asistaţilor din circumscripţii şi punctele de sănătate arondate. De asemenea, la nivelul policlinicilor regionale funcţionează comisii speciale medicale încadrate cu cadre de specialitate, comisii cu sarcina examinării periodice a salariaţilor care concură la siguranţa circulaţiei.

Aceste examinări, care se fac pentru specialităţile de oftalmologie, oto-rino-laringologie, interne, chirurgie şi neurologie, sînt foarte riguroase, avîndu-se în vedere marea răspundere pe care o poartă în exercitarea serviciului, personalul ce concură la siguranţa circulaţiei. Deciziile de „apt" sau „inapt" pentru funcţii în siguranţa circulaţiei date de aceste comisii speciale duc la menţinerea sau retragerea dintr-un serviciu care face parte din siguranţa circulaţiei a respectivului salariat.

Pentru a putea face faţă răspunderii importante ce le revine medicilor din aceste comisii speciale, ei trebuie să-şi însuşească cunoştinţe asupra procesului muncii salariaţilor, precum şi regulamentele speciale medicale care stau la baza examinărilor periodice anuale.

Reţeaua medico-sanitară M.C.F. mai dispune în marile unităţi industriale de un număr de servicii medico-sanitare de întreprindere (S.M.S.) închise şi complete (circumscripţie, de atelier, policlinică şi staţionar).

Necesităţile de spitalizare ale asistaţilor feroviari sînt asigurate prin spitalele unificate de tip general. Spitalele sînt: „teritoriale", profilate pe cele două secţii de bază (interne şi chirurgie), şi „unificate", care, pe lîngă secţiile de interne şi chirurgie, mai au şi secţii de oftalmologie şi oto-rino-laringologie, servicii absolut necesare în acordarea asistenţei medicale în mediul feroviar. Spitalele regionale au şi caracterul de for metodologic, privind organizarea şi urmărirea muncii medicale pe teritoriul unei regionale.

Asistenţa antituberculoasă şi dermato-venerianã este asigurată prin două reţele de specialitate (reţeaua antituberculoasă şi reţeaua dermato-venerianã). Aceste reţele dispun la nivelul reşedinţei fiecărei regionale de cîte un dispensar antituberculos şi unul dermato-venerian, precum şi

de cîte un punct antituberculos şi dermato-venerian la nivelul fiecărei policlinici teritoriale.

Prin spitale şi sanatorii de tuberculoză se asigură necesităţile de spitalizare şi sanatorizare a bolnavilor tuberculoşi din calea ferată. Pentru tratarea cazurilor de tuberculoză extrapulmonară, reţeaua feroviară dispune de un sanatoriu sezonier la Eforie.

După cum s-a arătat în cursul prezentului articol, reţeaua medico-sanitară C.F.R. dispune de sanatorii balneo-climaterice proprii. Avînd la bază factorii terapeutici, precum şi morbiditatea în mediu feroviar, s-a căutat ca aceste sanatorii să aibă profiluri de cură corespunzătoare aspectului morbidităţii, care prezintă o serie de particularităţi tocmai datorită specificului de muncă feroviar. In sanatoriile balneo-climaterice ale M.C.F. se aplică principiile de cură din sanatoriile balneare din reţeaua Ministerului Sănătăţii.

Mai trebuie arătat că Direcţia medicală C.F.R. mai dispune de un Laborator central şi şase laboratoare regionale de examinări psihologice ale personalului, cu funcţii de răspundere din ramura de tracţiuni şi mişcare (mecanic de locomotivă, impiegat de mişcare, acar). Aceste laboratoare cercetează gradul de dezvoltare al aptitudinilor şi însuşirilor psihice ale acestui personal chemat să execute munci de mare răspundere. Laboratorul central care funcţionează în cadrul Ministerului Căilor Ferate are în sarcina sa, atît cercetările cu caracter ştiinţific în legătură cu metodele de examinare, aparatură, studiul profesiunilor etc., cît şi examinarea personalului superior de la siguranţa circulaţiei şi rezolvarea contestaţiilor de reexaminări. In ultimii ani s-au înregistrat în acest sector o serie de progrese remarcabile. Astfel, aplicînd consecvent învăţătura lui I. P. Pavlov şi eliminînd exagerările pseudoştiinţifice ale psihotehnicii, s-a reuşit să se îmbunătăţească metoda de diagnostic şi aparatură. Datorită acestor realizări s-a obţinut o selecţionare mai justă a personalului şi în acelaşi timp orientarea fiecăruia la locul cel mai potrivit de muncă.

Tot în legătură cu examinarea personalului din siguranţa circulaţiei de pe lîngă Direcţia medicală există „trenul sanitar", o policlinică dotată cu toate serviciile de specialitate şi cu aparatura necesară care, îndrumată de centre feroviare aflate la distanţe mari de policlinici, asigură efectuarea acestor examinări periodice. De asemenea, trenul sanitar, prin deplasări speciale, procedează la studiul privind morbiditatea legată de specificul muncii feroviare.

Pentru ridicarea continuă a calităţii muncii medico-sanitare feroviare a luat fiinţă, recent, Sfatul medical al Direcţiei medicale. Acest sfat, în a cărui componenţă intră cadre medicale de înaltă calificare (profesori universitari, conferenţiari, asistenţi, specialişti etc.), prin rolul său consultativ are menirea de a adînci problemele, atît tehnico-medicale, cît şi organizatorice legate de organizarea şi acordarea în cele mai bune condiţii a asistenţei medico-sanitare în mediul feroviar. Pentru ridicarea nivelului profesional al cadrelor medicale s-au creat biblioteci la nivelul unităţilor şi biblioteci de documentare la nivelul fiecărui centru medical regional. De asemenea, Direcţia medicală dispune de o bibliotecă centrală documentară în Bucureşti.

Dezvoltarea rapidă a transporturilor feroviare, creşterea importantă a fluxului de călători şi mărfuri, au sporit importanţa problemelor

sanitaro-epidemiologice din acest sector; vechiul serviciu de medicină preventivă din cadrul Direcţiei medicale M.C.F., care dispunea de o reţea de medici epidemiologi şi de protecţia muncii, a fost înlocuit în 1953 printr-o nouă formă organizatorică: sanepiduri C.F.R.; Serviciul sanitaro-antiepidemic din Direcţia medicală (Sanepid central) dispune astfel de o reţea de Sanepiduri în cadrul Centrelor medico-sanitare regionale ca organe tehnice de specialitate care să aplice directivele tehnice ale Ministerului Sănătăţii, adaptîndu-le la specificul feroviar. În 1956 sanepidurile regionale C.F.R. au fost dotate cu laboratoare de igienă şi epidemiologie.

Ca formă de organizare, reţeaua sanitaro-antiepidemică este condusă de sanepidul central încadrat cu medici igienişti specializaţi pe probleme (igiena transporturilor feroviare, igiena comunală, igiena şantierelor, igiena alimentară şi igiena muncii), medic epidemiolog şi medic responsabil cu problema educaţiei sanitare. Sanepidul central coordonează, îndrumă şi controlează pe linie tehnică activitatea sanepidurilor regionale care aparţin pe linie organizatorică de Centrele medicale regionale C.F.R.

Sanepidurile regionale sînt încadrate cu medici conducători, medici igienişti, medici epidemiologi şi personal mediu sanitar. Laboratorul sanepidului regional este condus de un medic bacteriolog şi prevăzut de asemenea cu un chimist, un toxicolog şi cu personal auxiliar. Pe lîngă fiecare sanepid regional există cîte 2—3 echipe D.D.D. formate din agenţi dezinfectori conduşi de cîte un oficiant sanitar, cu o rază de acţiune delimitată pe teritoriile spitalelor unificate sau ale policlinicilor.

Sanepidurile regionale coordonează, îndrumă şi controlează direct sau prin intermediul policlinicilor activitatea sanitaro-antiepidemică a reţelei de bază formată din circumscripţiile sanitare de linie, de teritoriu şi de întreprindere. Această reţea efectuează controlul sanitar curent al unităţilor M.C.F. în acţiunea de prevenire şi combatere a epidemiilor (imunizări, triaj epidemiologic, depistări de cazuri, anchete epidemiologice, măsuri în focare etc.) şi execută munca de educaţie sanitară. Ea sprijină sanepidurile în organizarea şi realizarea tuturor acţiunilor sanitaro-antiepidemice cu caracter special iniţiate pe aceasta (acţiuni antipoliomielitice, antiexantematice, acţiuni de salubrizare etc.).

Sanepidurile regionale, pe lîngă munca cu aceste obiective, supraveghează aspectele generale ale unor probleme de teritoriu ca, de exemplu, problema alimentării cu apă în staţiile de cale ferată, problema igienei clădirilor de călători, problema dormitoarelor personalului de tracţiune şi mişcare şi altele. În aceste probleme, pe baza informaţiilor furnizate de circumscripţiile sanitare, precum şi prin anchete proprii, sanepidurile ţin o evidenţă simplă şi sistematizată pentru orientarea în acţiune. De asemenea, sanepidurile C.F.R. efectuează studii şi cercetări generale în unele probleme specific feroviare, ca de exemplu: condiţiile de muncă ale personalului de pe locomotivă, condiţiile de alimentaţie ale mecanicilor de locomotivă, condiţiile de construcţie, de funcţionare a staţiilor de cale ferată, condiţiile de salubrizare şi deparazitare ale trenurilor de călători etc. În aceste cercetări se folosesc anchete sanitare, date statistice, experimentări practice, determinări de laborator etc.

Rezultatele cercetărilor sanitare complexe sînt prelucrate şi ana-

lizate în scopul adaptării măsurilor potrivite pentru îndepărtarea lipsurilor de ordin sanitar. Ele servesc de asemenea pentru elaborarea de către sanepidul central a regulamentelor şi instrucţiilor tehnice, specifice sectorului feroviar. Aceste regulamente şi instrucţiuni sînt date pe teren după aprobarea Ministerului Sănătăţii.

In acţiunea de prevenire şi combatere a bolilor transmisibile, sanepidurile M.C.F. se conduc după legislaţia republicană şi acţionează în strînsă legătură cu organele teritoriale ale Ministerului Sănătăţii. Pe lîngă activitatea circumscripţiilor în acest domeniu, sanepidurile, prin medicii epidemiologi, supraveghează şi îndrumă ansamblul măsurilor epidemiologice şi iniţiază măsuri speciale. Sanepidurile feroviare organizează triajul epidemiologic în staţiile de ambarcare şi de tranzit în cazul transportării grupelor organizate de copii în tabere, colonii, sanatorii etc., supraveghează condiţiile de cazare şi alimentare a acestora, pentru evitarea contactului epidemiologic. Garniturile afectate pentru asemenea transporturi sînt prelucrate din punct de vedere sanitar şi epidemiologic şi sînt supravegheate în mod special.

Sanepidurile efectuează, prin echipele D.D.D., o muncă proprie axată în special pe deparazitare periodică a garniturilor de trenuri de călători, a dormitoarelor din staţii, a şantierelor etc.

Ca urmare a apariţiei H.C.M. nr. 1 010/1955, sanepidurile feroviare au căpătat dreptul de exercitare a controlului sanitar preventiv la obiectivele aparţinînd Ministerului Căilor Ferate. Ele eliberează avize sanitare de amplasare (exceptînd obiectivele care pot influenţa mediul din afara incintei C.F.R.), de construcţie (exceptînd unele categorii de obiective deosebit de mari, ca : spitale, ateliere principale, cartiere muncitoreşti etc.) şi autorizaţii sanitare de funcţionare. Pentru obiectivele exceptate, avizul este eliberat de organele Ministerului Sănătăţii.

In cadrul controlului sanitar preventiv, sanepidurile avizează amplasarea şi proiectele de construire, modificare, extindere, amenajare sau sistematizare a clădirilor care se construiesc în incinta C.F.R., ca : clădiri de călători, tehnici industriale (ateliere, remize, depouri, dormitoare, şcoli de calificare, tipuri de baracamente şi vagoane-dormitor pentru şantiere etc.). De asemenea, sînt supuse controlului preventiv instalaţiile hidrotehnice, modificările proceselor tehnologice, adaptarea unor noi tipuri de mijloace de producţie, a unor noi tipuri de mijloace de transport etc.

Sarcinile sanepidurilor nu privesc numai probleme de igienă şi epidemiologie. Masa publicului călător este îndeosebi receptivă la propagarea ideilor sanitare. Nu există condiţii mai favorabile pentru aceasta în nici un alt sector al vieţii publice. Timpul de staţionare în gări şi condiţiile de călătorie oferă posibilităţi însemnate de fixare a atenţiei călătorilor. Studii comparative asupra eficienţei diferitelor forme şi metode de educaţie sanitară, efectuate de sanepidurile feroviare în staţii şi în trenuri pe bază de observaţie şi anchetă au permis concluzii interesante. Deosebit de utile s-au dovedit panourile de fotomontaje, diapozitivele, proiectarea unor filme de scurt metraj în sălile de aşteptare. Difuzarea prin megafoane în staţii şi în trenurile radioficate a sfaturilor medicale, difuzarea broşurilor sanitare, s-au dovedit de asemenea eficace. Aceste forme sînt larg aplicate astăzi. Ceea ce a reieşit mai important este faptul că aceste forme de educaţie sanitară au trezit un

interes general, indiferent de gradul de cultură al călătorilor, ceea ce a creat esenţialul pentru propagarea ideilor sanitare.

Sanepidurile C.F.R. au dobîndit în ultimii ani experienţa muncii în problemele specifice sectorului feroviar. Cererea de laboratoare de igienă şi epidemiologie reprezintă un început în tehnicizarea muncii sanepidurilor. Aceste laboratoare vor fi deocamdată un auxiliar în munca tehnică a sanepidurilor. Totuşi, unele dintre problemele controlului sanitar şi epidemiologic curent nu vor putea încă fi prelucrate de acestea, ţinînd seama de suprafaţa mare a teritoriului deservit.

Colaborarea organizată cu sanepidurile Ministerului Sănătăţii, atît în vederea schimbului de experienţă, a schimbului de informaţii epidemiologice, cît şi colaborarea în acţiunile sanitaro-epidemiologice de amploare, este indispensabilă pentru orientarea justă a întregii activităţi sanitaro-antiepidemice din cadrul reţelei feroviare.

Sanepidurile feroviare reprezintă o reţea de specialitate menită să rezolve problemele sanitaro-antiepidemice specifice sectorului feroviar. Ele au largi perspective în dezvoltarea tehnică-organizatorică şi de cercetare ştiinţifică.

Articol intrat în redacţie în octombrie 1956.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО — САНИТАРНОЙ СЕТИ РУМЫНСКИХ ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГ

Г. Романеску, Р. Протопопеску, Д. Бобик

QUELQUES ASPECTS DE L'ORGANISATION DU RÉSEAU MÉDICO-SANITAIRE DES CHEMINS DE FER ROUMAINS

G. Romanesco, R. Protopopesco, D. Bobic

CERTAIN ASPECTS OF THE ORGANIZATION OF THE MEDICAL AND SANITARY NETWORK OF THE RUMANIAN RAILWAY COMPANY

G. Romanescu, R. Protopopescu, D. Bobic

EINIGE ASPEKTE DER ORGANISATION DES GESUNDHEITLICH-MEDIZINISCHEN NETZES DER RUMÄNISCHEN EISENBAHNEN

G. Romanescu, R. Protopopescu, D. Bobic

---

*Pe marginea unei discuţii**

Dr. C. Littman

Articolul publicat de tov. dr. Huszar în numărul 4 al revistei „Ocrotirea sănătăţii în R.P.R." atrage atenţia cititorilor asupra unor probleme de care este legată munca unui număr destul de important de medici din ţara noastră. Analiza aşa-numitei „morbidităţi cu incapacitate temporară de muncă" s-a încetăţenit treptat în practica multor unităţi medico-sanitare de întreprindere. În ultimul timp sînt mereu mai

*) Articolul se publică în continuarea discuţiei începută în nr. 4 al revistei pe anul 1956, cu articolul dr. T. Huszar.

numeroase încercările de a funda, pe datele furnizate de această analiză, măsurile destinate să ridice la un nivel mai înalt starea de sănătate a colectivelor de salariaţi. In aceste condiţii, orice contribuţie la descifrarea esenţei şi particularităţilor fenomenului căruia i se adresează această metodă de studiu şi orice aport la aprofundarea metodologiei sînt neîndoielnic binevenite.

Opiniile exprimate în numărul imediat următor al revistei de către tov. dr. Dan Plopeanu, în articolul „Incapacitatea temporară de muncă", reţin în mod deosebit atenţia. Ni se pare util să urmărim argumentaţia desfăşurată de-a lungul acestui articol, amintind cu acest prilej unele aspecte ale problemei, neglijate — după părerea noastră — de către autor.

Articolul începe prin a sublinia teza că morbiditatea poate reda mai fidel, mai bine, mai precis, starea de sănătate a unei colectivităţi restrînse (în cazul nostru, muncitori din întreprinderi) decît celelalte elemente (factorul demografic, dezvoltarea fizică), care intră în componenţa a ceea ce se denumeşte stare de sănătate. Amintind însă definiţiile clasice ale morbidităţii (frecvenţa îmbolnăvirilor pe o perioadă dată şi la o populaţie dată) şi ale stării de morbiditate (numărul de îmbolnăviri existente la un moment dat în rîndurile unei populaţii date) şi trecînd în revistă, din acest punct de vedere, elementele pe care ni le furnizează analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, autorul ajunge în mod logic la concluzia că această analiză nu ne dă o imagine a morbidităţii (în înţelesul unanim acceptat) ; într-adevăr ea nu scoate în relief, nici numărul de îmbolnăviri noi în sensul clinic al termenului „îmbolnăvire"), nici numărul de îmbolnăviri existente la un moment dat. Este o concluzie cu care nu se poate să nu fim de acord. Aşa numita morbiditate cu incapacitate temporară de muncă nu se identifică cu morbiditatea reală, care pare să fie într-adevăr, aşa cum arată tov. dr. Plopeanu, mai mare şi mai variată.

Trebuie să consimţim deci la distincţia pe care autorul o face între noţiunile „morbiditatea din întreprinderi" şi „incapacitatea de muncă din întreprinderi" (noi am spune „incapacitatea temporară de muncă din cauză de boală sau accident").

Ce reprezintă însă această „morbiditate cu incapacitate temporară de muncă", această „incapacitate temporară de muncă" sau „morbiditate de asigurare", cum o numesc unii ? Este ea un fenomen de viaţă, cu particularităţile sale specifice, cu o dinamică proprie sau doar rezultatul delimitării unui aspect neînsemnat al morbidităţii generale ? Şi, în consecinţă, este justificată sau nu utilizarea unui sistem special de evidenţă şi prelucrare a acestei „morbidităţi cu incapacitate temporară de muncă" ? In această privinţă autorul articolului „Incapacitatea temporară de muncă" este de părere că „certificatul medical nu poate arăta decît un singur aspect al morbidităţii şi anume măsura în care bolnavii din întreprindere au ajuns în faze noi de incapacitate temporară de muncă". Analizînd certificatele de concediu medical — spune tov. dr. Plopeanu — nu facem decît o „analiză a concediilor medicale", deşi el nu neagă faptul că „concediile medicale leagă strîns activitatea medicală cu viaţa economică, adică cu importanţa materială a pagubelor cauzate de boli pentru societate". Un asemenea punct de vedere ni se pare prea îngust. Pentru a lămuri de ce avem convingerea că autorul

vede numai unele laturi ale fenomenului, vom folosi un exemplu din literatura de specialitate. Intr-un articol publicat în „Ghighiena i sanitaria" (nr. 3/1955), A. M. Merkov reproşează metodicii obişnuite de prelucrare a datelor morbidităţii generale, faptul că neglijează formele clinice ale bolilor. El pune întrebarea: oare totdeauna absenţa unei reduceri a morbidităţii înseamnă că lupta împotriva dizenteriei nu a dat nici un rezultat? Aducînd în discuţie cifre deosebit de grăitoare, Merkov arată că se poate întîmpla ca numărul cazurilor de boală şi letalitatea să rămînă neschimbate, însă în acelaşi timp este posibil să se reducă coeficientul de gravitate, să scadă morbiditatea, să se reducă numărul de complicaţii, să scadă timpul de incapacitate temporară de muncă. Aşadar, evidenţa doar a numărului global de cazuri şi desconsiderarea raportului între diferitele forme clinice pot duce la concluzii eronate şi la o dezorientare a personalului medical. După cum arată Merkov, „procedînd în acest mod, statistica morbidităţii generale desconsideră principiul leninist după care analiza calitativă primează în cercetarea statistică, iar folosirea mediilor nereprezentative nu este recomandabilă". Privită din acest unghi de vedere, evidenţa „morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă" nu mai este o oarecare evidenţă a „concediilor medicale", ci o evidenţă a îmbolnăvirilor care au o anumită particularitate, aceea de a pune bolnavul în imposibilitate de a munci. Este oare permis, din punct de vedere medical, să se neglijeze cercetarea cauzelor care determină apariţia îmbolnăvirilor însoţite de pierderea capacităţii de muncă sau agravarea în aşa măsură a unor boli cronice, încît ele ajung să determine pierderea forţei de muncă?

Socotim deci că delimitarea „morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă" nu este o creaţie artificială, ci expresia unui fenomen obiectiv, de care nu se poate să nu ţinem seama, iar analiza acestui fenomen, o completare absolut necesară a studiului morbidităţii generale.

Cît despre importanţa de ordin social-economic a studiului „morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă", să ne fie permis a reproduce aci un pasaj mai lung din capitolul I al lucrării profesorului N. A. Vigdorcik „Metoda de studiu a morbidităţii cu pierderea capacităţii de muncă". Discutînd înţelesul termenului „reducerea morbidităţii", Vigdorcik spune:

„Cînd se vorbeşte de reducerea morbidităţii ca de o lozincă specială a ocrotirii sănătăţii sovietice, se are în vedere nu numai morbiditatea în general, ci mai ales «morbiditatea cu pierderea capacităţii de muncă», adică acea morbiditate în care persoana bolnavă nu-şi poate continua activitatea sa profesională. Am putea spune că aici este vorba nu de reducerea morbidităţii, ci de reducerea numărului de zile de incapacitate de muncă, cu alte cuvinte despre păstrarea forţei de muncă pierdută în urma bolii. O astfel de înţelegere a termenului ce ne interesează descoperă conţinutul lui politic, legătura lui strînsă cu structura socialistă. Intr-adevăr, este clar că o astfel de lozincă nu a putut să se nască decît într-o ţară care nu cunoaşte şomajul, într-o ţară unde se simte mereu lipsa braţelor de muncă şi unde, în interesul poporului, se utilizează fiecare zi de muncă a omului".

Astfel înţeleasă — spune mai departe Vigdorcik — reducerea morbidităţii „creează un fel de cadre noi, care pot să asigure munca unor întreprinderi noi sau să dea posibilitatea creşterii planului întreprinderi-

lor existente... Această mobilizare a resurselor interne ale forței de muncă este mult mai rațională decît atragerea unui număr corespunzător de muncitori noi, de persoane fizice noi. Ea este rațională nu numai pentru că o dată cu reducerea morbidității se reduc și cheltuielile pentru ajutorul medical; este mai important faptul că excedentul de forță de muncă provenit din reducerea morbidității nu are nevoie, nici de locuințe noi; nici de o nouă încăpere pentru muncă, nici de un utilaj nou. Ce importanță economică are aceasta pentru întreaga țară se înțelege de la sine".

Evident, se poate propune — așa cum se face în articolul care a deschis această discuție — schimbarea unor denumiri care pot crea confuzii, cu condiția ca termenii noi ce se propun să reflecte în mod just conținutul fenomenului pe care-l studiem, ceea ce nu ni se pare că este cazul cu denumirea de „analiză a concediilor medicale". Repetăm, ni se pare că denumirea care ar reflecta cel mai bine esența fenomenului este: „analiza incapacității temporare de muncă din cauză de boală sau accident". Din acest punct de vedere este clar că indicii „morbidității cu incapacitate temporară de muncă" nu pot servi decît la urmărirea acestui fenomen specific și nu în alte scopuri, de pildă la urmărirea morbidității reale, cum ar dori tov. dr. Plopeanu. Sîntem de acord cu autorul că formula de calcul indicată pentru indicele duratei medii este necorespunzătoare, dar este neîndoielnic că indicele de gravitate nu folosește „în special pentru problemele de asigurări sociale"; pasajele reproduse din Merkov și Vigdorcik sînt suficient de grăitoare pentru importanța medicală și social-economică a urmăririi acestui indice.

Neglijînd trăsăturile specifice ale „morbidității cu incapacitate temporară de muncă" tov. dr. Plopeanu ajunge la concluzia că starea de sănătate a muncitorilor poate fi cunoscută numai urmărind morbiditatea generală și — acolo unde este posibil — morbiditatea pe contingente; că incapacitatea temporară de muncă poate fi utilizată în acest scop numai ca o metodă ajutătoare și în nici un caz ca un element de bază. El pretinde că numai prin compararea morbidității din întreprinderi cu morbiditatea și mortalitatea teritorială „se poate aprecia în ce măsură condițiile de muncă influențează sau nu frecvența sau structura îmbolnăvirilor"; se grăbește însă să adauge că „această corelare nu poate fi făcută în momentul de față", cu alte cuvinte în prezent nu putem aprecia încă influența condițiilor de muncă asupra morbidității.

Sîntem nevoiți să opunem acestor opinii părerile, pe care le socotim competente, ale unor cercetători (vezi Vigdorcik), care susțin că morbiditatea cu pierderea capacității de muncă reflectă mult mai sigur starea de sănătate decît morbiditatea fără pierderea capacității de muncă.

Lăsăm la o parte faptul că metodologia studierii morbidității generale este în prezent obiectul unor discuții vii, explicabile prin serioasele deficiențe pe care această metodologie le prezintă. Chiar făcînd abstracție de acest lucru, este cert că nivelul morbidității generale suferă în mare măsură influența modificărilor cantitative și calitative ale rețelei medicale, precum și a stării culturale a populației. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă nu este lipsită nici ea de influența acestor factori însă înrîurirea lor este mult mai slabă. Aici momentul principal

care determină nivelul morbidității este însăși starea de sănătate a colectivului de muncitori; rolul hotărîtor îl joacă intensitatea și caracterul îmbolnăvirii, care depind în mare măsură de influența condițiilor de mediu. Tocmai acest fapt, precum și marea importanță economică a morbidității cu incapacitate temporară de muncă au permis multor cercetători cu autoritate să considere indicii acestei morbidități ca indici principali, conducători, ai sănătății populației. Spunînd aceasta, nu vrem să diminuăm cu nimic importanța diferitelor metode de studiu al morbidității generale. Ca și tov. dr. Huszar, socotim că aceste metode se completează între ele și că sînt completate de studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă. Cît privește discuția referitoare la întrebarea dacă „statistica concediilor" este sau nu „operativă", permite sau nu luarea de „măsuri urgente", îi opunem părerea că „statistica concediilor" — chiar dacă nu e operativă — (și nu poate fi, dacă cerem de la ea să prindă cazurile de boală în faza de debut), este în schimb eficace; opinia aceasta izvorăște din cunoașterea multor exemple care dovedesc că analiza „morbidității cu incapacitate temporară de muncă" s-a dovedit un stimulent energic pentru conducerile întreprinderilor, organele sindicale și sanitare, în luarea măsurilor de îmbunătățire a condițiilor de muncă și de viață ale salariaților.

Trecînd acum la discuția referitoare la codul de 20 de cauze al raportului asupra incapacității temporare de muncă, părerea noastră este că multe din propunerile cuprinse în articolul tov. dr. Huszar sînt juste. Nu vedem nici noi utilitatea menținerii actualelor coduri: 2 (sifilis) și 11 (boli de dinți și ale cavității bucale). Ni se pare just ca toate formele de tuberculoză să fie incluse în același cod, ca în codul bolilor aparatului cardio-vascular să fie inclusă și hipertensiunea arterială și ca toate afecțiunile cronice gastro-duodenale să fie unificate într-un singur cod. Gripa ar putea forma împreună cu angina (amigdalita) și cu stările gripale (pe care, în prezent, mulți medici le notează la cifrul 20) un singur cod. Este justificată, după părerea noastră, alcătuirea grupelor speciale ale bolilor de ochi și bolilor cronice ale organelor respiratoare, propusă de tov. dr. Huszar; din ceea ce cunoaștem însă, ni se pare că separarea din codul „alte boli" a afecțiunilor rinichilor și căilor urinare nu este justificată printr-o greutate specifică destul de mare a acestor boli. În schimb, poate că ar fi bine să se grupeze aparte asteniile nervoase și afecțiunile neuro-psihice care determină destul de numeroase zile de incapacitate de muncă. În sfîrșit, socotim justă propunerea făcută de a se revizui ordinea numerică a codurilor, astfel încît în primele locuri să apară bolile cele mai importante din punctul de vedere al igienei muncii.

Bineînțeles, codificarea certificatelor socotim că nu poate fi făcută decît de unitatea care emite acest act; o instruire și îndrumare perseverentă a medicilor pot duce la evitarea confuziilor ce se fac cu codul utilizat pentru morbiditatea generală. Această îndrumare este necesară, de altfel, și spre a se evita luarea în calculul „morbidității cu incapacitate de muncă" a certificatelor de concediu medical acordate bolnavilor de tuberculoză eliberați din cîmpul muncii în condițiile H.C.M. 1 292/1956.

Articol intrat în redacție în ianuarie 1957.

ПО ПОВОДУ ОДНОЙ ДИСКУССИИ

К. Литтман

A PROPOS D'UNE DISCUSSION

C. Littman

IN CONNEXION WITH A DEBATE

C. Littman

AM RANDE EINER AUSPRACHE

C. Littman

PROBLEME DE ISTORIA MEDICINEI ŞI OCROTIRII SĂNĂTĂŢII

Centenarul învăţămîntului medical din Bucureşti (1857-1957)

Conf. **Iuliu Ghelerter**

Se împlineşte în acest an un secol de cînd a luat fiinţă, în Bucureşti, „Şcoala naţională de medicină şi farmacie", condusă de Carol Davila, cea dintîi instituţie romînească de învăţămînt medical superior. Acest eveniment de seamă va fi sărbătorit de Institutul de medicină şi farmacie din Bucureşti, continuatorul Şcolii naţionale, care îşi va aniversa la rîndul lui 88 de ani de neîntreruptă activitate.

Dacă aruncăm o privire asupra dezvoltării învăţămîntului medical din Bucureşti, secolul care a trecut se prezintă bogat în realizări şi în figuri proeminente, cu lupte între nou şi vechi, care au dus la un neîncetat progres ; el se prezintă totodată bogat în învăţăminte.

Numeroase piedici au stat în calea creării unui învăţămînt medical : lipsa unui corp didactic, cît şi a elevilor cu o pregătire corespunzătoare, neîncrederea în posibilităţile noastre, opoziţia elementelor retrograde. In cursul dezvoltării Facultăţii, mulţi dintre savanţii care au făcut fală medicinei noastre au fost nevoiţi să lucreze în condiţii grele, lipsiţi de mijloacele necesare. Statul burgheziei şi al moşierimii nu a dat sprijinul necesar unei adevărate dezvoltări a învăţămîntului medical, în măsura pe care o permitea faza de organizare la care ajunsese. Infrîngînd piedici şi greutăţi, învăţămîntul medical din Bucureşti, urcînd treptele Şcolii, ale Facultăţii şi ale Institutului, a însemnat o continuă ascensiune pe linia unei ştiinţe medicale materialiste. Puternica tradiţie didactică şi ştiinţifică a Facultăţii de medicină din Bucureşti, închegată într-un timp scurt, în raport cu alte facultăţi multiseculare, se datoreşte unor savanţi progresişti, legaţi de popor, însufleţiţi de patriotism, care au reprezentat ideile înaintate ale timpului lor. Lipsiţi de sprijinul guvernanţilor, ei au fost sprijiniţi de opinia publică; ei s-au străduit să lege cuceririle ştiinţei de necesităţile practicii.

Asemenea strălucite figuri au fost : Kretzulescu, Davila şi Felix, Babeş, Asaky şi Kalinderu, Marinescu, Cantacuzino şi Toma Ionescu, Rainer, Theohari, Danielopolu şi alţii, creatori de şcoală şi savanţi de seamă, care au ridicat la un înalt nivel prestigiul învăţămîntului medical din Bucureşti.

Trecutul Institutului de medicină şi farmacie din Bucureşti cere o atentă şi amănunţită cercetare : multe figuri şi fapte demne de luare aminte n-au fost încă studiate şi puse în adevărata lumină. Pe măsură ce le cunoaştem mai bine, ele ne întăresc convingerea la puternicele tra-

diţii materialiste şi de luptă pentru progres ale învăţămîntului medical din Bucureşti. O altă convingere care se desprinde este că mişcarea muncitorească purtătoare a ideilor marxiste a exercitat o influenţă asupra dezvoltării pe o linie materialistă şi legată de popor a învăţămîntului medical. In sfîrşit, trebuie subliniat că în afara activităţii lor didactice şi ştiinţifice, mulţi dintre profesorii de frunte ai Facultăţii de medicină din Bucureşti au dus o activitate socială şi culturală înaintată.

Pe baza unor condiţii mult mai bune decît în trecut, învăţămîntul medical din Bucureşti cunoaşte azi o perioadă de mare înflorire. Alături de vechii profesori de valoare, o pleiadă de tinere cadre didactice duce mai departe făclia ştiinţei medicale preluată de la maeştrii lor, dezvoltînd pe linie creatoare tradiţiile materialiste ale Facultăţii de medicină din Bucureşti.

★

Originile învăţămîntului medical din Bucureşti se trag din prima jumătate a secolului al XIX-lea. Condiţiile economico-sociale de atunci au adus schimbări însemnate în organizarea sanitară şi în asistenţa spitalicească a Principatelor Romîne şi au impus treptat necesitatea unui învăţămînt medical naţional care să formeze cadrele necesare.

Străduinţelor lui Nicolae Kretzulescu (1812—1900) li se datoreşte înfiinţarea la Spitalul „Colţea" din Bucureşti, în 19 ianuarie 1842, a Şcolii de mică chirurgie. Spirit progresist, deschis ideilor înaintate, Kretzulescu intenţiona să lărgească treptat cadrul acestei şcoli, pentru a forma, pe lîngă felceri, şi ofiţeri de sănătate, care să practice ca medici rurali la ţară, unde era o lipsă completă de asistenţă medicală. Şcoala de mică chirurgie de la Spitalul „Colţea", care însemna începuturile învăţămîntului medical din Principate, a funcţionat de la 1843 pînă la 1847; între 1853 şi 1855, ea s-a mutat la Spitalul „Filantropia", fiind condusă de dr. G. Polyzu. Tot în această perioadă, mai găsim o Şcoală militară de mică chirurgie, înfiinţată de generalul K. N. Herăscu, pentru pregătire de felceri militari; aceasta a funcţionat între 1850 şi 1855 la Spitalul oştirii de la Mihai Vodă, sub conducerea dr. Wittman.

Sîmburele din care va creşte şi se va dezvolta neîntrerupt învăţămîntul medical din Bucureşti va fi Şcoala de mică chirurgie de la Spitalul oştirii din Mihai Vodă, care se deschide sub conducerea lui Carol Davila, în 4 decembrie 1855.

Carol Davila (1828—1884) a fost marele animator al învăţămîntului medical din Bucureşti. Personalitate puternică, cu o pregătire ştiinţifică multilaterală, talentat organizator, însufleţit de idei progresiste, Carol Davila a constatat, ca şi Kretzulescu, nevoia imediată de cadre medicale şi auxiliare. Reluînd programul Şcolii de mică chirurgie de la Colţea, el a intenţionat de la început s-o dezvolte pentru a forma ofiţeri de sănătate şi apoi doctori în medicină.

In 4 decembrie 1855, se deschide sub conducerea sa „Şcoala de mică chirurgie" de la Spitalul oştirii din Mînăstirea Mihai Vodă din Bucureşti, destinată să formeze felceri pentru nevoile serviciului sanitar al armatei. Această şcoală se transformă, la 6 martie 1856, în „Şcoala de chirurgie", formă superioară, care trebuia să pregătească în 4 ani de studii magiştrii în chirurgie sau ofiţeri de sănătate. „Şcoala de mică

chirurgie" şi „Şcoala de chirurgie" au caracter de şcoli medico-militare. Şcoala de felceri a Eforiei spitalelor civile, care funcţiona la Spitalul „Filantropia", se contopeşte cu Şcoala de chirurgie, urmînd ca 25 de elevi, întreţinuţi din fondul sanitar, să formeze cadre pentru spitalele judeţene. Trebuie menţionată munca neobosită a lui Davila pentru a organiza un corp profesoral, dar şi pentru a forma elevi capabili să urmeze cursuri de medicină. Cei mai mulţi, tîrgoveţi sau fii de ţărani, au fost ajutaţi să-şi completeze cultura prin cursuri ţinute în cadrul şcolii (ca limba latină) sau la gimnaziul Sft. Sava. Printre cei dintîi profesori (1855—1857), care au lucrat aproape toţi benevol, găsim pe medicii de seamă de atunci din Bucureşti, ca: Iuliu Barasch (care preda istoria naturală medicală), Gh. Polyzu (care preda anatomia şi fiziologia), N. Turnescu (clinica chirurgicală). Din 1856—1857, şcoala cuprinde şi un învăţămînt farmaceutic condus de farmacistul militar Fr. Pruzinscki. Găsim menţionat şi un curs de istoria medicinei în antichitate, predat de sublocotenentul Gostiescu.

Transformarea Şcolii de chirurgie în „Şcoala naţională de medicină şi farmacie", la 16 august 1857 înseamnă pasul hotărîtor în înfiinţarea învăţămîntului medical superior în ţara noastră. Regulamentul întocmit de Davila, după programa şcolilor pregătitoare de medicină din Franţa, prevede 5 ani de studii, urmaţi de 3 ani de serviciu în spitale. Şcoala naţională forma ofiţerii de sănătate, maeştrii în farmacie şi veterinari, atît pentru serviciul sanitar al armatei, cît şi pentru serviciul sanitar civil (spitale şi districte). Şcoala, care avea tot o organizare militară, primea, de astădată prin concurs, numai absolvenţi a cel puţin patru clase gimnaziale, iar înainte de terminarea şcolii, elevii trebuiau să dea examenele pentru bacalaureatul în ştiinţe.

Intre 1857 şi 1861, corpul profesoral se completează cu Em. Severin, P. Protici, St. Capşa, C. C. Hepites, L. Fialla, G. Atanasovici, I. Felix, A. Fotino ş.a. Un fapt însemnat este, în 1857, obţinerea recunoaşterii Şcolii naţionale în Franţa ca echivalentă şcolilor pregătitoare de medicină şi farmacie franceze, iar în 1858, aprobarea acestei echivalenţe şi în Italia. Datorită acestui fapt, absolvenţii şcolii îşi puteau continua studiile la facultăţile de medicină din Franţa şi din Italia, pentru a obţine titlul de doctor în medicină.

Unirea Principatelor în 1859, unificarea şi reorganizarea serviciului sanitar al Principatelor Unite în 1862, cer un număr tot mai mare de cadre medicale, farmaceutice şi veterinare. Şcoala naţională de medicină şi farmacie capătă o importanţă tot mai mare; numărul elevilor creşte cu tineri din Moldova, cu romîni ardeleni şi macedoneni. Ea devine cel mai important centru de învăţămînt medical din peninsula Balcanică şi primeşte la studii numeroşi elevi bulgari; astfel, în 1861—1862, şcoala avea 188 de elevi. Mulţi dintre primii medici bulgari s-au format la şcoala lui Davila, doi dintre profesori erau şi ei de origine bulgară: G. Atanasovici şi P. Protici. In 1862, şcoala devine „Şcoală naţională de medicină", cu trei secţii (cursuri) distincte: medicină, farmacie şi medicină veterinară. Medicina cuprinde „cursuri începătoare" de 2 ani, destinate să formeze subchirurgi pentru armată şi spitale civile, şi „cursuri superioare" cu o durată de 5 ani, care pregătesc licenţiaţi în medicină. Cursurile de farmacie şi medicină veterinară cuprind de asemenea 5 ani de studii.

Încă din 1860, se instituise concursul de externat și internat în spitalele civile, la care participau elevii școlii și se obținuse trimiterea de bursieri dintre absolvenți pentru a-și da doctoratul.

In prima lege asupra instrucțiunii publice, adusă de Kogălniceanu în 1864, se prevede înființarea unor facultăți de medicină la București și Iași, prin transformarea școlilor de medicină existente. (Școala de la Iași, care urma să se înființeze, nu s-a putut înfăptui și Facultatea de medicină din Iași s-a deschis abia în 1879).

In 2 noiembrie 1869, prin jurnalul Consiliului de Miniștri se decide „înființarea celor doi primi ani de facultate, prin transformarea Școlii de medicină, și a se numi profesori din corpul profesorilor aceleiași școli".

★

Cursurile Facultății de medicină din București s-au deschis în ziua de 22 noiembrie 1869. Primul consiliu al profesorilor, convocați de decanul provizoriu, dr. N. Turnescu, ținut sub președinția rectorului Universității, stabilește sediul noii facultăți în palatul Universității, recent inaugurat.

Școala națională de medicină mai funcționează un timp sub conducerea lui Davila, pînă cînd, treptat, elevii trec în cadrul facultății. Primul an școlar (1869—1870) a început cu 111 studenți repartizați în 4 ani de studii. Cei dintîi profesori ai facultății, numiți dintre profesorii Școlii de medicină, au fost: C. Davila (chimie și fizică), Gh. Polyzu (anatomie și fiziologie), N. Turnescu (clinica chirurgicală), Alexandru Marcovici (clinica medicală, apoi clinica medicală și dermatologia), St. Capșa (istoria naturală, apoi obstetrica), N. Obedenaru (clinica bolilor de copii), I. Teodori (patologia generală și specială), P. Protici (patologia chirurgicală), G. Atanasovici (medicina legală), M. Severin (anatomia și histologia patologică), I. Felix (igiena) și Z. Petrescu (terapia și arta de a formula). Ca prim decan a funcționat mulți ani Gh. Polyzu.

Primul regulament, elaborat de Consiliul profesoral în 1871, a prevăzut două categorii de titluri pe care le acorda facultatea: licențiat în medicină (cu o durată de studii de patru ani și jumătate), la care erau primiți direct elevii fostei școli de medicină, și doctor în medicină (cu o durată de studii de 5 ani și susținerea unei teze), la care erau primiți în urma unui concurs și cu o retrogradare de un an elevii fostei școli de medicină. Pentru înscrierea la gradul de doctorat se cerea absolvirea liceului.

In 1872 cei 13 profesori numiți sînt confirmați ca profesori definitivi; în 1873 Facultatea promovează primii doctori în medicină. Cel dintîi doctor al Facultății de medicină din București, care și-a susținut teza în 22 noiembrie 1873, a fost Schmidt Frederic („Vreo cîteva cuvinte asupra încarcerațiilor herniilor; indicațiile și contraindicațiile herniatoniei").

In primii ani de funcționare, care au constituit perioada de organizare a facultății, s-au relevat o serie de profesori de seamă, ca: N. Turnescu și C. D. Severeanu (1840—1930), care au introdus tehnica modernă și antisepsia în chirurgia romînească, Alex. Marcovici (1835—1886), care a pus bazele clinicii medicale și ale dermatologiei, Z. Petrescu (1841—1901), care a fondat terapeutica romînească și I. Felix (1832—

1905), creator al igienii ştiinţifice şi al statisticii sanitare în ţara noastră. Petrini-Galaţi face începuturile histologiei şi ale microscopiei.

O dată cu creşterea numărului de studenţi, ia fiinţă în 1875 Societatea studenţilor în medicină din Bucureşti, care e cea dintîi asociaţie studenţească din Principatele Unite. Această societate e îndrumată pe o linie democrată de luptătorul revoluţionar democrat N. Zubcu-Codreanu (1852—1878).

Elementele crescute de Şcoala naţională şi de tînăra Facultate au constituit cadrele serviciului sanitar militar în timpul războiului pentru independenţă din 1877—1878. Profesori şi studenţi ai Facultăţii de medicină din Bucureşti au dat exemplu de înalt patriotism şi de spirit de jertfă. În rolul primordial pe care l-a jucat, C. Davila a fost secondat de Zaharia Petrescu şi I. Felix ş.a.

După războiul pentru independenţă şi pînă la sfîrşitul secolului (1879—1900), Facultatea de medicină din Bucureşti progresează în raport cu dezvoltarea rapidă economică şi culturală a ţării şi cu avîntul ştiinţelor medicale. Numărul studenţilor creşte pînă la 409 (în 1899—1900), cu o promoţie de 45 doctori în medicină. Regulamentul din 1893 menţine durata studiilor la 5 ani; se reorganizează Şcoala superioară de farmacie, care funcţionează în cadrul Facultăţii de medicină. Nu se mai fac înscrieri pentru licenţa în medicină, ci numai pentru doctorat.

În legătură cu participarea femeilor la studiile medicale, trebuie menţionată prima femeie doctor în medicină a Facultăţii din Bucureşti: Hermina Walch, care susţine în 1890 teza: „Studiu asupra stării igienice a şcolilor publice din Bucureşti".

Un eveniment de o deosebită însemnătate în consolidarea şi dezvoltarea Facultăţii l-a constituit numirea — printr-o lege specială — în 1887 a trei noi tineri profesori: Victor Babeş (patologie experimentală şi bacteriologie), Nicolae Kalinderu (nouă clinică medicală) şi George Assaky (nouă clinică chirurgicală). Luptînd împotriva elementelor învechite, ei au izbutit să introducă metode moderne şi un spirit înaintat în Facultate. La aceşti profesori excepţionali s-au adăugat apoi: în 1894, Toma Ionescu (anatomia topografică şi chirurgicală), în 1899, Gheorghe Marinescu (clinica bolilor nervoase) şi în 1901, Ioan Cantacuzino (medicina experimentală). Acest grup de savanţi progresişti au contribuit la o mare înflorire a învăţămîntului medical şi au ridicat la un nivel superior prestigiul Facultăţii de medicină din Bucureşti, îndrumînd-o pe o linie ştiinţifică materialistă. Creatori de şcoală, ei au dezvoltat microbiologia, anatomia patologică, anatomia topografică, medicina experimentală, neurologia, clinica medicală, clinica chirurgicală, care şi-au făurit, datorită lor, o puternică tradiţie la Facultatea din Bucureşti. Însufleţiţi de patriotism, călăuziţi de idei înaintate, ei au militat pentru îmbunătăţirea stării sanitare a poporului; cu toată opoziţia şi dezinteresul guvernanţilor, ei s-au străduit să aplice descoperirile medicale în folosul maselor.

Unii dintre savanţii noştri, ca: Victor Babeş, N. Kalinderu, Toma Ionescu, I. Cantacuzino, au fost membrii corespondenţi ai Academiei de medicină din Paris. Între facultăţile de medicină şi între ştiinţa medicală romînă şi cea franceză, s-au întărit astfel de-a lungul anilor legăturile medicale stabilite de C. Davila.

Începînd din ultimele decenii ale secolului trecut, ideologia marxistă

şi mişcarea muncitorească, purtătoare a progresului, exercită o influenţă asupra dezvoltării învăţămîntului medical din Bucureşti.

Prin teza susţinută de Ştefan Stîncă, în 1891 : „Mediul social ca factor patologic", ideologia marxistă pătrunde în Facultatea de medicină din Bucureşti. Ştefan Stîncă (1865—1897) demonstrează importanţa mediului social ca factor de bază în etiologia bolilor celor mai grave şi celor mai răspîndite şi arată că numai schimbarea orînduirii sociale va aduce îmbunătăţirea stării de sănătate a maselor.

Facultatea de medicină din Bucureşti ia parte regulat prin profesorii ei la manifestările medicale internaţionale. Una dintre cele mai numeroase participări a fost la al XII-lea Congres internaţional de medicină ţinut în 1897 la Moscova, unde prezintă comunicări Toma Ionescu, C. D. Severeanu, Gh. Marinescu.

Condiţiile materiale în care funcţiona Facultatea se îmbunătăţesc simţitor o dată cu instalarea ei în localul propriu în 1901, după 30 de ani de peregrinări prin diferite localuri. Clădirea monumentală din B-dul Independenţei (B-dul Prof. Victor Babeş, astăzi) a fost complet terminată şi inaugurată în 1903, cînd s-a dezvelit şi statuia lui Carol Davila aşezată în faţa Facultăţii. Iniţiativa ridicării unui monument lui Davila a fost luată la primul „Congres medical naţional", ţinut la Bucureşti în 1884. Dezvelirea statuii — operă a sculptorului Carol Storck — a prilejuit scoaterea în valoare a meritelor lui C. Davila în punerea bazelor învăţămîntului medical din Bucureşti.

★

În evoluţia Facultăţii de medicină din Bucureşti, de la începutul secolului şi pînă la 23 August 1944, s-au reflectat elementele specifice perioadei imperialismului. Lupta între materialism şi idealism în domeniul biologiei şi al medicinei a luat forme tot mai ascuţite.

Se accentuează politica de clasă a burgheziei şi moşierimii, prin imixtiunea guvernelor în universitate, prin promovarea cadrelor aservite oligarhiei, prin lipsa de sprijin acordată savanţilor legaţi de popor, care sînt adesea prigoniţi. Victor Babeş a denunţat cu curaj abuzurile politicianismului în Facultate. El a cerut o organizare raţională a studiilor medicale, cu lucrări practice obligatorii la toate disciplinele.

Elementele idealiste, ofensiva politicianistă, n-au izbutit să abată Facultatea de medicină din Bucureşti de pe linia ei axată pe o ştiinţă materialistă. Influenţa mişcării muncitoreşti a continuat să se exercite în lupta împotriva curentului reacţionar ; ea a luat un nou aspect o dată cu înfiinţarea Partidului Comunist din Romînia. Prin savanţi ca I. Cantacuzino — în tinereţe şi la începutul profesoratului său alături de mişcarea muncitorească — sau ca C. I. Parhon, care întreaga sa viaţă a fost devotat clasei muncitoare şi partidului ei, s-a continuat legătura între ideologia socialistă şi Facultatea de medicină. V. Babeş şi Gh. Marinescu s-au apropiat prin studiile lor de materialismul dialectic, au dat un impuls puternic pentru întărirea tradiţiilor materialiste progresiste ale Facultăţii de medicină din Bucureşti. Savanţii progresişti au trebuit să învingă numeroase greutăţi în edificarea laboratoarelor, a clinicilor şi a institutelor destinate cercetărilor experimentale sau medicinei preventive, pe care guvernanţii nu aveau interes să le sprijine.

Durata studiilor este mărită la 6 ani, începînd din 1908—1909, anul VI fiind destinat clinicilor de specialitate. Numărul studenţilor ajunge în 1914—1915 la 806 cu o promoţie de 77 doctori în medicină. Sporeşte numărul catedrelor între 1900 şi 1916; în corpul de învăţămînt se numesc şi docenţi şi apoi profesori agregaţi.

Dintre profesorii de seamă care în această perioadă au contribuit la dezvoltarea disciplinelor, formînd cadre de valoare şi îmbunătăţind munca didactică, trebuie citaţi: A. Theohari (terapeutica experimentală, apoi clinica terapeutică), Mina Minovici (medicina legală), Gh. Proca (patologia generală), Alex. Obregia (clinica bolilor mintale şi psihiatria), I. Nanu-Muscel (clinica medicală), Er. Juvara (clinica chirurgicală), D. Gerota (anatomia topografică) şi alţii.

Între 1920 şi 1933, planul de învăţămînt al Facultăţii a suferit numeroase modificări, anii de studii oscilînd între 5 şi 6 şi rămînînd apoi definitiv la 6 (între 1924 şi 1927, primul an a fost repartizat ca an preparator). In 1923, s-au înfiinţat pe lîngă Facultate cursuri de specializare de un an, care conferau titlul de specialist. Invăţămîntul farmaceutic se separă de Facultatea de medicină şi se constituie în 1923 „Facultatea de farmacie".

Se înfiinţează numeroase catedre noi, printre care: endocrinologia, puericultura, radiologia şi electrologia medicală etc.; în 1936 se introduce un curs de stomatologie.

In perioada dintre cele două războaie mondiale, numeroasele catedre vacante de la Facultatea de medicină din Bucureşti au fost completate mai ales prin transferări de la Facultatea de medicină din Iaşi. O serie nouă de profesori de seamă contribuie la ridicarea prestigiului Facultăţii, printre care menţionăm, numai dintre cei dispăruţi, pe Fr. Rainer, D. Danielopolu, Gh. Zotta ş.a.

Guvernele reacţionare, ca o diversiune în politica de fascizare a ţării, înaintea celui de-al doilea război mondial, încurajează şovinismul şi huliganismul în rîndurile studenţilor în medicină. Partidul Comunist din Romînia, prin iniţierea şi îndrumarea frontului democrat studenţesc, a susţinut cu vigoare lupta studenţimii democratice împotriva acestor curente. Marea majoritate a profesorilor Facultăţii din Bucureşti au apărat prestigiul învăţămîntului, dezavuînd şi combătînd actele de barbarie.

Profesorii şi corpul didactic democrat au fost persecutaţi în timpul dictaturii fasciste; în plină activitate creatoare, prof. C. I. Parhon a fost scos de la catedră, în 1940. Trebuie menţionată atitudinea curajoasă a prof. Fr. Rainer, D. Danielopolu, C. I. Parhon, care au semnat apelul pentru încetarea războiului antisovietic. In anii de teroare fascistă, înfruntînd prigoana prof. C. I. Parhon, D. Bagdasar şi alţi membrii ai corpului didactic al Facultăţii de medicină din Bucureşti au ţinut o permanentă legătură cu Partidul Comunist din Romînia.

☆

După 23 August 1944, o dată cu eliberarea ţării noastre de sub jugul fascismului, s-a putut elibera şi Facultatea de medicină din Bucureşti de sub tutela politicianismului şi de sub influenţa ideologiilor retrograde. Pe măsura întăririi puterii democrat-populare, învăţămîntul

medical a căpătat condiţii tot mai bune de dezvoltare, care au dus în 1948 la reforma învăţămîntului medical. S-au înfiinţat numeroase catedre şi conferinţe noi, numărul lor ajungînd în 1948 la 46. Numărul studenţilor a crescut la 4 015 în 1947—1948.

Porţile Facultăţii de medicină au fost deschise fiilor de muncitori şi de ţărani muncitori, studiile au fost îndrumate spre o mai strînsă legătură între teorie şi practica marilor probleme ale sănătăţii maselor. Opera savanţilor progresişti ai Facultăţii a putut să fie din plin valorificată.

Reforma învăţămîntului medical a deschis o nouă epocă în dezvoltarea Facultăţii. In 1948 s-a înfiinţat Institutul medico-farmaceutic din Bucureşti (titulatura actuală este „Institutul de medicină şi farmacie" Bucureşti), cuprinzînd cinci facultăţi: 1) Facultatea de medicină generală cu o durată de studii de 6 ani. 2) Facultatea de pediatrie, 6 ani. 3) Facultatea de igienă, 6 ani (în 1955—1956 aceasta s-a contopit cu Facultatea de medicină generală). 4) Facultatea de stomatologie, 5 ani şi 5) Facultatea de farmacie cu două secţii: receptură 4 ani şi ştiinţe farmaceutice 5 ani.

In 1956—1957, Institutul cuprinde trei facultăţi: Facultatea de medicină cu secţie de medicină generală şi secţie de pediatrie, Facultatea de stomatologie şi Facultatea de farmacie. Crearea noilor facultăţi a fost determinată de necesitatea de a pregăti cadre de specialişti care lipseau în domeniul pediatriei, igienii şi stomatologiei.

Reforma învăţămîntului medical a corespuns transformărilor revoluţionare care s-au înfăptuit sub conducerea clasei muncitoare între 1944 şi 1948; ea s-a încadrat în directivele Partidului Muncitoresc Romîn de a da o îndrumare preventivă medicinei noastre, de a pregăti cadrele medicale necesare şi totodată de a dezvolta tradiţiile materialiste ale medicinei romîne. In planul de învăţămînt s-a dat o importanţă deosebită fiziologiei, fiziopatologiei, igienii, s-au înfiinţat catedre noi, ca: ştiinţe sociale, organizare sanitară, istoria medicinei, menite să dea o justă orientare studenţilor şi să îndrumeze la aplicarea materialismului dialectic şi a materialismului istoric în medicină. Catedra de ştiinţe sociale a ajutat la orientarea materialistă a învăţămîntului.

Forme noi au ridicat activitatea didactică pe un plan superior. Introducerea examenului de stat după terminarea studiilor a întărit pregătirea tinerilor medici; s-a înfiinţat aspirantura, prin care se pregătesc noile cadre didactice.

Datorită importantelor mijloace materiale puse la dispoziţie, Institutul de medicină şi farmacie Bucureşti a cunoscut mari transformări. S-au refăcut şi mărit laboratoarele şi s-au creat noi laboratoare de igienă; s-au înfiinţat noi cămine şi cantine pentru studenţi, cărora li s-au acordat numeroase burse de studii, s-a mărit considerabil biblioteca centrală a Institutului şi s-au înfiinţat biblioteci medicale la catedre, clinici şi cămine, s-au editat numeroase tratate, manuale şi cursuri. Personalul didactic numără în prezent: 47 de profesori, 55 de conferenţiari, 76 de lectori, 588 de asistenţi, 116 şefi de laborator şi 136 de preparatori. Numărul studenţilor s-a ridicat în 1956—1957 la 4 265, în raport cu capacităţile reale ale unei bune funcţionări a facultăţilor.

Institutul de medicină şi farmacie Bucureşti s-a dezvoltat din 1948 şi pînă astăzi pe o linie mereu ascendentă. S-au studiat şi experimentat

metode de îmbunătăţire a învăţământului medical, care să ridice pregătirea viitorilor medici. Marele avînt pe care l-a luat munca ştiinţifică a corpului didactic s-a tradus prin cele două sesiuni ştiinţifice ale Institutului din 1954 şi 1956. Conferinţele cercurilor ştiinţifice studenţeşti din 1955 şi 1956 au fost un exemplu al nivelului înalt pe care l-a atins activitatea didactică.

Personalităţi de seamă, printre care mulţi savanţi cu renume mondial, duc astăzi înainte destinele Institutului, continuînd şcolile marilor maeştri din trecut. Institutul de medicină şi farmacie Bucureşti păşeşte mai departe în fruntea învăţământului medical romînesc.

Articol intrat în redacţie în februarie 1957.

РЕЗЮМЕ

СТОЛЕТИЕ СО ДНЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ В БУХАРЕСТЕ 1857 — 1957 ГОДОВ

Ю. Гелертер

В 1957 году исполняется 100 лет со дня учреждения в Бухаресте „Национальной школы медицины и фармации" под руководством Карола Давила, являющейся первой румынской высшей школой медицинского образования. При создании этой первой медицинской школы были преодолены многочисленные препятствия — отсутствие преподавательского персонала, отсутствие учащихся с соответствующей подготовкой, недоверие к собственным возможностям, оппозиция ретроградных элементов.

Созданные за короткое время, по сравнению с другими медицинскими факультетами, основанными несколько веков тому назад, научные и педагогические традиции Бухарестского медицинского факультета объясняются наличием на этом факультете прогрессивных ученых, связанных с народом, воодушевленных патриотизмом, представлявших материалистические передовые идеи того времени, как Крецулеску, Давила, Феликс, Бабеш, Асаки, Калиндеру, Маринеску, Кантакузино, Тома Ионеску, Райнер, Теохари, Даниелополу, Пархон и другие.

В настоящее время, в результате лучших по сравнению с прошлым условий, наблюдается период расцвета медицинского образования. Медико — фармацевтический институт в Бухаресте располагает свыше чем 1 000 преподавателями, и в этом институте учатся 4 265 студентов.

RÉSUMÉ

LE CENTENAIRE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DE BUCAREST 1857—1957

I. Ghelerter

Cette année, il y aura un siècle depuis la fondation à Bucarest de „L'école nationale de médecine et pharmacie", dirigée par Charles Davilla, la première institution roumaine d'enseignement médical supérieur. La création d'un enseignement médical a eu à vaincre de nombreuses difficultés : absence d'un corps enseignant ainsi que d'élèves suffisament préparés, manque de confiance dans nos possibilités, l'opposition des éléments rétrogrades.

La forte tradition didactique et scientifique de la Faculté de Médecine de Bucarest, étayée dans un court délai, par rapport à d'autres facultés multi-séculaires, se doit à des savants progressistes, fidèles au peuple, animés par le patriotisme et qui ont représenté les idées matérialistes avancées de leur époque. Parmi eux : Kretzulesco, Davilla, Felix, Babeş, Assaky, Kalinderu, Marinesco, Cantacuzino, Thoma Ionesco, Rainer, Theohari, Danielopolu, Parhon et d'autres.

À présent, à la faveur de conditions meilleures que dans le passé, l'enseignement médical de Bucarest connaît une période florissante, et fonctionne avec près de 1000 cadres didactiques et 4.265 étudiants.

SUMMARY

THE CENTENARY OF MEDICAL TEACHING IN BUCAREST (1857—1957)

I. Ghelerter

The year 1957 marks a century since the inauguration in Bucharest of the first Rumanian institution for high medical teaching, the „National School of Medicine and Pharmacy" headed by Carol Davila. Many obstacles faced the creation of a medical teaching — the lack of a teaching staff as well as of pupils with adequate training, the want of confidence in our own possibilities, the opposition of retrograde elements.

The strong didactic and scientific tradition of the Bucharest Faculty of Medicine, formed over a short period as compared to other many-centuries-old faculties is due to a number of progressive scientists, attached to the people, prompted by patriotic feelings, who repretented the advanced materialist ideas of their time. Among these we may mention Kretzulescu, Davila, Felix, Babeş, Assaky, Kalinderu, Marinescu, Cantacuzino, Toma Ionescu, Rainer, Theohari, Danielopolu, Parhon, and others.

Nowadays, based on better conditions than those of the past, the medical teaching in Bucharest is granted a great development, functioning with a teaching staff of nearly 1,000 and 4,265 students.

ZUSAMMENFASSUNG

HUNDERTÄHRIGES BESTEHEN DES MEDIZINISCHEN LEHRWESENS

I. Ghelerter

Im Jahre 1957 sind es hundert Jahre her seit der Gründung der „Nationalen Hochschule für Medizin und Pharmazeutik", des ersten rumänischen Instituts für höheren medizinischen Unterricht unter der Leitung von Carol Davila. Viele Hindernisse hatte die Schaffung eines medizinischen Lehrwesens zu überwinden: das Fehlen eines Lehrkörpers sowie der Schüler mit einer entsprechenden Vorbildung, das mangelnde Vertrauen zu unseren eigenen Fähigkeiten, den Widerstand der rückständigen Kreise.

Die grosse didaktische und wissenschaftliche Tradition der medizinischen Fakultät in Bukarest, die im Vergleich zu anderen jahrhundertealten Fakultäten in einer verhältnismässig kurzen Zeit geschaffen wurde, verdanken wir einigen fortschrittlichen, volksverbundenen, von wahrer Vaterlandsliebe beseelten Gelehrten, die die fortschrittlich-materialistischen Gedanken ihrer Zeit vertraten. Zu ihnen zählen: Kretzulescu, Davila, Felix, Babeş, Assaky, Kalinderu, Marinescu, Cantacuzino, Toma Ionescu, Rainer, Theohari, Danielopolu, Parhon u.a.

Heute befindet sich das medizinische Lehrwesen in Bukarest auf Grund besserer Bedingungen gegenüber der Vergannheit, in einer Periode grossen Aufstieges: die Anzahl der Lehrkader beträgt nahezu 1 000 und die der Studenten 4 265.

Ştefan Stîncă şi combaterea malthusianismului în ţara noastră

Dr. G. Barbu

Ştefan Stîncă a fost una dintre personalităţile de seamă ale ţării noastre.

Viaţa lui scurtă — căci era abia în vîrstă de 32 de ani cînd a decedat — s-a desfăşurat în ultimele decenii ale veacului trecut, între anii 1865 şi 1897, şi a corespuns trecerii capitalismului din faza de evoluţie ascendentă şi relativ paşnică, la imperialism, cînd contradicţiile capitaliste aveau să atingă punctul culminant.

Această perioadă ne este descrisă din punct de vedere social-economic într-un articol apărut fără semnătură, în ziarul revoluţionar rus „Vpered", publicat în Elveţia. Acest articol, intitulat „Romînia", reprezintă unul dintre primele documente elaborate de cercurile revoluţionare din ţara noastră, către sfîrşitul veacului al XIX-lea, şi surprinde adevărata situaţie economică şi socială a Romîniei de pe vremea aceea.

In rîndurile acestei corespondenţe se arată, pe baza unor date amănunţite, mizeria îngrozitoare a maselor ţărăneşti şi a păturilor muncitoreşti din Romînia, condamnate la înfometare şi deznădejde. Pentru prima oară erau demascate într-o gazetă străină împilarea politică şi exploatarea sălbatică a oamenilor muncii din ţara noastră, pînă atunci tăinuite cu grijă de regimurile burghezo-moşiereşti.

In corespondenţă se spune mai departe că, în ciuda unei clime favorabile şi a unui sol bogat, precum şi în ciuda dragostei pentru muncă a agricultorilor, care produc o cantitate însemnată de grîu pentru export, ei suferă de foame cronică. Aceasta dădea naştere la o ridicată mortalitate şi morbiditate în rîndurile populaţiei muncitoare.

Se subliniază mai ales în rîndurile acestui articol că aceasta era soarta întregii clase muncitoare din Romînia, înţelegînd prin aceasta, nu numai sărăcimea satelor, ci şi populaţia săracă de la oraşe.

In continuare, se mai arată numeroase exemple, datorită cărora „fiecare să se poată convinge că în sînul populaţiei noastre muncitoare domneşte, nu fericirea şi belşugul, ci foamea cea mai cruntă, foamea cronică, care dă naştere în sînul populaţiei muncitoare la boli şi mortalitate, ca în felul acesta să poată înflori toţi jefuitorii, exploatatorii şi paraziţii muncii poporului".

Autorul anonim al acestui articol afirmă, pe baza acestei analize economico-sociale, că numai revoluţia îi va putea duce şi pe romîni pe drumul luminos al fericirii şi al bunăstării.

„Numai revoluţia socială — se arată mai departe în rîndurile corespondenţei — va smulge din rădăcină şi va distruge clasa privilegiaţilor care exploatează populaţia muncitoare. Spre profunda durere a acelor care îl iubesc pe muncitorul romîn, aici la noi, în aşa-numita Romînie „liberă", nu putem găsi nici cinci oameni care să creadă în acest adevăr, care să-l propovăduiască şi să acţioneze conform lui. Nu avem astfel de oameni. Ei trebuie creaţi" [1].

---

[1] Gh. Haupt, „Din istoricul legăturilor revoluţionare romîno-ruse" 1849—1881, p. 139—140.

Această corespondenţă din „Vpered" reprezintă unul din primele documente provenite din partea cercurilor revoluţionare din Romînia deceniului al XVIII-lea, care fixa realităţile din acea vreme de la noi.

★

Unul dintre aceşti oameni, despre care se spunea în „Vpered" că trebuiau „creaţi", a fost şi Ştefan Stîncă.

Încă de pe băncile şcolii, el s-a dovedit curajos şi sincer, gata să acţioneze cu fermitate după principiile sale. Studierea operelor clasicilor marxişti l-au ajutat să înţeleagă şi să găsească răspuns la întrebările, pînă atunci nedezlegate, ale realităţii medico-sociale din ţara noastră. Studiul acesta l-a dus în rîndurile luptătorilor împotriva orînduirii sociale bazate pe asuprire şi exploatare şi i-a insuflat hotărîrea puternică de a-şi consacra viaţa slujirii dezinteresate a poporului.

Învăţătura marxistă a avut o influenţă decisivă în lărgirea orizontului său, în dezvoltarea sa ideologică. Datorită acestei pregătiri, Ştefan Stîncă n-a putut şi n-a vrut să se mulţumească să rămînă un simplu medic, hotărît să-şi depăşească condiţia sa umană. El a fost unul dintre primii medici de la noi care s-a ocupat de problemele „mediului social", pe care le-a supus unei stricte analize ştiinţifice din punct de vedere medical. Concepţia medico-socială a lui Stîncă, concepţie bazată pe învăţătura lui Marx şi Engels, despre legile dezvoltării vieţii sociale, se bazează pe faptul că în înseşi orînduirile sociale trebuie căutate cauzele sociale ale bolilor.

„Bolile de care suferă masele exploatate — spunea Stîncă — sînt produse de însuşi sistemul social, bazat pe exploatarea şi împilarea individului". Aceste constatări, cu adevărat revoluţionare pentru timpul său, constituie şi azi bazele politicii noastre medicale şi sociale.

Aceste probleme, care l-au preocupat pe Stîncă încă din anii studenţiei, aveau să fie cuprinse în lucrarea sa de bază „Mediul social ca factor patologic".

Ştefan Stîncă a susţinut că pentru societatea omenească nu sînt valabile legile biologice stabilite de Darwin, şi că luptele de clasă sînt rezultatul formelor de muncă omenească, sînt provocate de felul cum s-au produs şi se produc bogăţiile unei societăţi ; aceste lupte vor dispărea o dată cu pricinile care le-au dat naştere... „Noi am dorit — mai spune Stîncă — să arătăm că luptele ce se observă azi în societăţile omeneşti sînt lupte de la indivizi la indivizi, dar nu şi provocate de aceleaşi cauze care dau naştere luptelor individuale la animale, luptele de clasă nu sînt provocate de lipsă de hrană, de insuficienţa mijloacelor materiale ale societăţii, ci de alte cauze artificiale, sociale".

Nu insuficienţa mijloacelor materiale ale societăţii — spunea Malthus — justifică mizeria oamenilor muncii, ci creşterea mereu mai rapidă a natalităţii. Cu această teorie pseudoştiinţifică, numeroşii filozofi şi sociologi care i-au urmat au încercat şi încearcă şi astăzi, neobosiţi, să explice lipsurile şi suferinţele în care se zbate proletariatul. Ei caută să ascundă adevărata cauză a mizeriei şi a foametei, cuprinse în însăşi structura socială, bazată pe exploatarea oamenilor muncii. Prin asemenea diversiuni, burghezia se străduieşte să abată atenţia oamenilor muncii de la lupta lor de eliberare politică şi economică.

Teoria malthusianistă este îndeajuns de cunoscută pentru a mai stărui asupra lucrării „Încercare asupra principiului populației", publicată la sfîrșitul veacului al XVIII-lea de către preotul englez Thomas Robert Malthus. Ceea ce intenționăm este să pătrundem unele rădăcini sociale și economice ale acestei teorii, veche de 150 de ani, deoarece combaterea acestei teorii este strîns legată de preocupările lui Ștefan Stîncă.

Sfîrșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea coincid cu perioada revoluției industriale în Anglia, a trecerii de la producția manufacturieră la producția de fabrică.

Ca urmare a revoluției industriale se producea ruinarea rapidă a numeroase pături de meseriași. La aceasta se mai adaugă consecințele reformei agrare, care ruinase țărănimea.

Masele de oameni săraci se îngrămădeau în orașe, unde erau supuși grozăviilor și suferințelor inerente unei vieți trăite în condiții de foamete și lipsiți de drepturile cele mai elementare. Industria care lua ființă îi atrăgea treptat. Astfel, se forma și se dezvolta intens proletariatul englez. Prin foamete, prin amenințarea șomajului, prin legi draconice, capitaliștii formau pe oamenii muncii în spiritul disciplinei de fabrică, al muncii salariate.

În orbita monstruoasei exploatări intrau, nu numai muncitorii, ci întreaga familie, cuprinzînd nu rareori chiar și copiii de la vîrsta de 4 ani. Suferințele maselor populare s-au agravat, datorită războaielor pe care le-au dus clasele conducătoare ale Angliei împotriva Franței revoluționare, războaie a căror povară a căzut în întregime pe umerii oamenilor muncii.

Toate acestea au determinat înăsprirea considerabilă a contradicțiilor de clasă în Anglia, de la începutul secolului al XIX-lea. În această perioadă au început primele acțiuni mari ale muncitorilor, care erau încă spontane.

În această epocă de criză socială, burghezia engleză avea nevoie de o armă ideologică în măsură să lămurească suferințele pricinuite maselor populare și cu ajutorul căreia să le poată menține mai departe sub jugul exploatării.

Preotul englez Malthus și-a luat această sarcină către sfîrșitul secolului al XVIII-lea, prin publicarea cărții sale în anul 1798.

Prin falsa teorie malthusianistă a fertilității descrescînde a solului, prin care se arată că mijloacele de subzistență cresc în progresie aritmetică, în vreme ce populația crește în progresie geometrică, Malthus și apoi malthusianiștii explică mizeria clasei muncitoare în condițiile capitalismului, șomajul și salariul scăzut al muncitorilor. Malthusianiștii nu consideră șomajul ca o expresie relativă a suprapopulației, condiționată de legea generală a acumulării capitaliste, ci ca o suprapopulație absolută, provocată de acțiunea așa-zisei legi a fertilității descrescînde a solului.

Întemeietorii marxismului au demascat pe deplin esența reacționară a malthusianismului. „Ceea ce caracterizează pe Malthus — scria Marx — este adînca josnicie a felului său de a gîndi"... Marxiștii au dovedit că suprapopulația, precum și sporirea forțelor de producție din agricultura țărilor capitaliste nu se datorește așa-zisei legi a fertilității descrescînde a solului, ci legilor de dezvoltare a societății capitaliste.

Lenin a subliniat că întreaga dezvoltare a industriei capitaliste a mașinilor, de la sfîrșitul secolului al XVIII-lea, a atras după sine for-

marea unui surplus de populaţie în oraşe, a armatei de rezervă. Malthus a încercat — sublinia Lenin — să explice acest fenomen prin cauze istorico-naturale „...negînd cu desăvîrşire că ar proveni dintr-o anumită orînduire, istoriceşte determinată, a economiei sociale şi închizînd cu desăvîrşire ochii asupra contradicţiilor dezvăluite de acest fapt“ (V. I. Lenin, Opere, vol. II, ed. P.M.R., p. 165).

Combaterea teoriei malthusianiste a început în ţara noastră de aproape 100 de ani. După a doua jumătate a secolului al XIX-lea, oamenii de ştiinţă progresişti din ţara noastră au demascat esenţa reacţionară a teoriei englezului Malthus.

Unul dintre aceştia a fost dr. Iuliu Barasch, care, încă din 1862, în revista sa „Natura“, a demascat cu vigoare poziţia reacţionară a malthusianismului care căuta să pătrundă în Principatele dunărene, o dată cu dezvoltarea capitalismului.

In paginile revistei citate, Barasch arată că foametea şi mizeria sînt datorite cauzelor sociale şi politice, iar nu cauzelor naturale, cum ar fi creşterea tot mai mare a populaţiei, în raport cu mărirea în acelaşi timp a cantităţilor de hrană necesare. Ironizînd pseudoteoria malthusianistă asupra populaţiei, Barasch spunea că „temerile lui Malthus, că oamenii vor ajunge să se devoreze unul pe altul, este exagerată şi lipsită de fundament“.

Dar despre malthusianism s-a mai ocupat şi prof. I. Felix, unul dintre marii medici progresişti din ţara noastră de la sfîrşitul secolului al XIX-lea.

In cartea sa, „Istoria igienei în Romînia“, el arată că teoria lui Malthus „este imorală şi greşită“ ; preotul englez recomanda celor săraci să observe castitatea, să se însoare numai atunci cînd vor poseda mijloace de ajuns pentru a hrăni o familie.

Şi Felix arată că din teoria malthusianistă „primim ca adevărat, ca exact, faptul că lipsa de alimente potrivite, că întrebuinţarea nepotrivită a alimentelor disponibile, că răul trai al întregii familii este cauza mortalităţii însemnate... se înţelege însă de la sine că nu putem primi ca bune sfaturile pe care Malthus le dădea săracilor“. Felix insistă asupra necesităţiior pentru ţara noastră de a înlătura „obstacolele care se opun înmulţirii mai repede a poporaţiunii romîne (întrucît) poporaţiunea deasă nu este numai expresiunea unei forţe productive mari, ci (ea este şi) o forţă mare de producţiune“.

Dr. I. Felix s-a mai ridicat cu aceeaşi putere şi împotriva neomalthusianismului, demascînd cu vigoare faptul că „cei săraci nu voesc să ştie nici pe malthusianismul vechi, nici pe cel nou“.

Însă contribuţia de cea mai mare însemnătate în această problemă avea să o aducă, în ultimul deceniu al secolului al XIX-lea, Ştefan Stîncă, prin valoroasa sa operă „Mediul social ca factor patologic“, publicată în 1891.

Ştefan Stîncă a combătut malthusianismul şi darwinismul social de pe poziţiile marxismului. El a demonstrat că suprapopulaţia reală nu poate exista în societate decît din vina societăţii. Poziţia ştiinţifică şi ideologică pe care s-a situat este în bună parte valabilă şi astăzi.

In opera sa, „Mediul social ca factor patologic“, Ştefan Stîncă, folosind dialectica marxistă, a arătat că în orînduirea capitalistă dezvoltarea tehnicii aduce după sine creşterea şomajului, „surplusul de populaţie“ şi,

pentru a ilustra mai bine aceasta, a folosit exemplul din cartea lui Max Schioppel despre Irlanda, carte atît de cunoscută pe vremea sa „...dacă progresul tehnic ar ajunge pînă acolo încît un singur om stînd în centrul țării și învîrtind o manivelă ar pune în mișcare întregul aparat de producțiune națională și ar produce același număr de bogății, atunci irlandezii vor trebui să dispară cu toți afară de acel unul, și dacă acea manivelă se va putea pune în mișcare printr-un curs de apă, voi adăuga eu — spune Ștefan Stîncă — atunci acel unul va fi supranumerar și malthusienii vor declara Irlanda incapabilă de a hrăni un singur lucrător".

„Încă din 1891 — scria Stîncă — avem cuvinte să credem că acei care nu s-au convins încă de falsitatea teoriei lui Malthus vor sta cel puțin pe gînduri dacă trebuie s-o primească așa, fără nici o critică. Noi o credem cu desăvîrșire neîntemeiată. Nu imperfecțiunea mediului natural, nu nedesăvîrșirea lui este de vină dacă există supranumerar, oameni care alcătuiesc o suprapopulație în țările industriale sau agricole, în care agricultura se face cu ajutorul mașinilor.

Dacă există o suprapopulație vina este, precum foarte bine o dovedește economia socială, a defectelor organizării «mediului social»".

Folosind datele statisticilor burgheze, Ștefan Stîncă a putut să demonstreze că nici un malthusianist nu a putut, nici cu ajutorul faptelor și nici cu al cifrelor, să arate că în țările unde e mare sărăcie, „suma produselor anuale e inferioară numărului locuitorilor acelei țări". „Este de altfel semnificativ că malthusianiștii nu au cutezat a face un asemenea calcul, pentru că socoteala aceasta este împotriva lor".

El a arătat că în societățile civilizate nu există o suprapopulație absolută. Ceea ce există aproape pretutindeni este așa-numita suprapopulație relativă, adică un număr de muncitori, fie cu capul, fie cu brațele, mai mare decît are nevoie capitalul pentru a funcționa.

Prin lucrările lui Ștefan Stîncă trece ca un fir roșu o continuă preocupare, lupta împotriva exploatării și împilării capitaliste. Demascînd fără cruțare adevăratele cauze ale mizeriei, Stîncă arată că diferitele teorii pseudoștiințifice, sub orice formă apar, nu au alt obiectiv decît să ascundă cauzele care stau la baza suferințelor oamenilor muncii.

Filozofia burgheză contemporană reînvie teoriile malthusianiste, folosindu-le ca instrumente de luptă împotriva oamenilor muncii, precum și în interesul expansiunii imperialiste. Falși sociologi americani și englezi susțin fățiș teorii ale reducerii artificale a populației, cu alte cuvinte exterminarea „surplusului" de populație muncitoare, declarînd că astfel vor fi înlăturate toate relele capitalismului.

In U.R.S.S. socialismul a pus capăt pentru totdeauna „suprapopulației" capitaliste. Astfel, s-a dovedit că suprapopulația nu este o lege eternă și imuabilă a naturii, ci o lege exclusiv istorică a modului de producție capitalist.

Marele merit al dr. Ștefan Stîncă este de a fi combătut încă din secolul trecut unele curente reacționare în medicină și biologie. Adevărurile arătate de Stîncă au fost confirmate pe deplin de strălucitele realizări medico-sociale din Uniunea Sovietică și țările de democrație populară.

Iată de ce Ștefan Stîncă, asupra căruia se abătuse conspirația tăcerii burgheziei, este astăzi prețuit în Republica noastră populară, ca unul din cei mai însemnați fii ai săi.

Articol intrat în redacție în mai 1956.

Д-Р ШТЕФАН СТЫНКА И БОРЬВА С МАЛЬТУЗИАНСТВОМ В РУМЫНИИ

Г. Барбу

STEFAN STÎNCA ET LE COMBAT CONTRE LE MALTHUSIANISME DANS LA NOTRE PAYS

G. Barbu

STEFAN STÎNCA AND THE STRUGGLE AGAINST MALTHUSIANISM IN OUR COUNTRY

G. Barbu

SREFAN STÎNCA UND DIE BEKÄMPFUNG DES MALTHUSIANISMUS BEI UNS ZULANDE

G. Barbu

NOTE — RECENZII — REFERATE — BIBLIOGRAFIE

NOTE

Pentru dezvoltarea principalelor probleme care stau în etapa actuală în fața serviciilor medico-sanitare din ramura metalurgică, Ministerul Sănătății, în colaborare cu Consiliul Central al Sindicatelor, Comitetul central al Sindicatului muncitorilor din industria metalurgică și Ministerul Industriei Metalurgice și Construcțiilor de Mașini a organizat în zilele de 13, 14 și 15 decembrie 1956, la Sinaia, un schimb de experiență între principalele S.M.S.-uri din acest sector.

Consfătuirea a arătat că în prezent industria metalurgică dispune de 21 de servicii medico-sanitare, 51 de puncte de sănătate cu medic și 75 de puncte de sănătate cu cadre medii în care lucrează peste 1 500 medici și 3 000 de cadre medii sanitare. Printre serviciile medico-sanitare fruntașe sînt de menționat cele aparținînd uzinelor „Steagul Roșu" și „Ernst Thälmann" din Orașul Stalin, Cugir, Șantierele navale Tr. Severin, „1 Mai" din Ploiești, „Progresul" din Brăila, „23 August" din București, complexul metalurgic Reșița etc.

Dezbaterile duse pe marginea referatelor prezentate au pus în evidență importanța întăririi orientării profilactice prin îmbunătățirea muncii medicului circumscripției de secție în scopul reducerii morbidității. Vorbitorii au arătat, prin exemple, metodele pentru organizarea dispensarizării, a muncii de teren și a asistenței de urgență. Schimbul de experiență a arătat necesitatea de a se organiza asemenea acțiuni folositoare și în alte ramuri de producție.

★

În ziua de 19 decembrie 1956 a avut loc la Cluj o consfătuire cu privire la starea de sănătate a populației din regiune. În raportul prezentat cu acest prilej de șeful secției sanitare a Sfatului popular regional Cluj, dr. Z. Karacsonyi, au fost analizate realizările din domeniul ocrotirii sănătății văzute prin prisma stării de sănătate a populației. S-a arătat cu acest prilej că în regiunea Cluj lucrează în prezent 1 500 de cadre medicale și 2 800 de cadre medii sanitare și că în anii regimului democrat popular au fost înființate numeroase instituții medico-sanitare. Creșterea nivelului de trai material și cultural al populației și activitatea dusă în domeniul ocrotirii sănătății au permis creșterea natalității de la 22,7‰, în 1948, la 25,4‰ în 1955. În același timp, mortalitatea generală a scăzut cu 48,2%, iar mortalitatea infantilă cu 60%. S-a înregistrat o continuă scădere a morbidității, în special în unele boli transmisibile și cu extindere în masă.

Discuțiile au arătat necesitatea organizării unor asemenea consfătuiri și în celelalte regiuni ale țării.

★

Cu ocazia consfătuirii editurilor medicale din U.R.S.S., R. P. Bulgaria, R. P. Polonă, R. Cehoslovacă, R. D. Germană și R.P.R. care au avut loc la București în zilele de 14—19 decembrie 1956, organizatorii de sănătate din București s-au întîlnit cu prof. N. A. Vinogradov, doctor în științe medicale, șeful Catedrei de organizare a ocrotirii sănătății de la Institutul central de perfecționare a medicilor din Moscova, directorul Editurii medicale din U.R.S.S.

Prof. Vinogradov a făcut o vizită în dimineața de 21 decembrie 1956 la Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei, unde s-a interesat de istoricul și organizarea centrului, de problemele științifice care au

preocupat institutul în 1956, de metodele de lucru şi de tematica pe anul 1957. Prof. Vinogradov a vizitat cu această ocazie biblioteca şi s-a interesat de documentarea institutului, cercetînd interesantele colecţii de cărţi medicale vechi. Cu această ocazie, prof. Vinogradov a vizitat şi Catedra de organizare sanitară de la I.M.F. Bucureşti.

În după amiaza aceleiaşi zile, prof. N. A. Vinogradov a ţinut la Centrul de documentare medicală a Ministerului Sănătăţii conferinţa intitulată: „Unele probleme ale teoriei ocrotirii sănătăţii şi pregătirea cadrelor de conducere ale ocrotirii sănătăţii în U.R.S.S.".

★

În 1956 a apărut primul număr al revistei medicale *„Condiţiile de viaţă şi sănătate"*, editată de „Congresul mondial al medicilor pentru studiul condiţiilor de viaţă contemporane". Revista apare trimestrial în limbile engleză, rusă, franceză, chineză şi spaniolă, la Londra, Moscova, Paris, Pekin şi Santiago de Chile. În colegiul de redacţie al revistei intră o serie de oameni de ştiinţă dintr-un mare număr de ţări, iar redactorul principal al revistei — care are sediul la Viena — este dr. F. Scholl, director al laboratorului central şi al staţiei de transfuzii a Spitalului „Wilhelmina" din Viena. Scopul revistei — care este prezentat în articolul introductiv al primului număr — constă în studiul condiţiilor de viaţă, care au o influenţă anumită asupra sănătăţii omului. Revista apare într-un volum de 80 de pagini şi în condiţii tehnice bune. Primul număr al revistei „Condiţiile de viaţă şi sănătate" are următorul conţinut:

— Introducere.
— Scrisori către redacţia revistei „Condiţiile de viaţă şi sănătate".
— G. Teruoca şi H. Saito (Japonia): Munca şi proteinele. Cercetări asupra necesităţilor de proteine la muncitori.
— A. Desonailles (Franţa): Condiţiile de muncă, ca factor patogenetic de clasă.
— K. Raşka (Cehoslovacia): Cu privire la epidemiologia şi profilaxia infecţiilor streptococice şi a urmărilor lor.
— H. Urzua (Chile): Economia din Chile şi succesele medicinei în ultimii 25 de ani.
— S. Sevitt (Marea Britanie): Foaia de observaţie a d-lui Kuboyama.
— A. I. Saviţki (U.R.S.S.): Bazele organizării luptei împotriva cancerului în U.R.S.S., concluziile şi sarcinile viitoare.
— N. MacDonald (Marea Britanie): Migraţia populaţiei şi tuberculoza.
— F. G. Krotkov şi V. L. Troiţki (U.R.S.S.): Cîteva date medicale asupra Conferinţei internaţionale pentru aplicarea paşnică a energiei atomice.
— H. Descompt (Franţa): Medicina profesională în domeniul industriei miniere în epoca Renaşterii.
— Simpozionul în problema arteriosclerozei; 7—9 septembrie 1955 (Mineapolis S.U.A.).
— P. G. Serghiev (U.R.S.S.): Şedinţa ştiinţifică din Taşkent în problema profilaxiei şi tratamentul bolilor epidemice.
— Comisia medicală internaţională pentru studiul influenţei urmărilor exploziilor bombei atomice şi cu hidrogen asupra sănătăţii oamenilor.
— A. Stuart (Marea Britanie): Întîiul Congres mondial al medicilor pentru studiul condiţiilor de viaţă contemporane (Viena, mai 1953).
— Activitatea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii pe anul 1955.
— Referate.

La sfîrşitul anului 1955 a apărut în „Foglio annunzi legali" a Prefecturii din Torino Statutul Uniunii europene de medicină socială, care este reprodus în revista „Medicina sociale" din Torino. Rezultă din textul statutului că această uniune urmăreşte „studiul problemelor medico-sociale în diferite ţări ale Europei şi confruntarea soluţiilor aduse acestor probleme de către societăţile naţionale de medicină socială". În acelaşi timp, uniunea are ca scop „schimbul de informaţii între societăţile membre ale Uniunii europene cu privire la toate problemele care privesc sănătatea publică, în sens fizic şi psihic şi din punct de vedere social".

Uniunea europeană de medicină socială „îşi propune să colaboreze cu O.M.S., U.N.E.S.C.O., Institutul de ştiinţe administrative şi cu toate organizaţiile internaţionale, avînd scopuri asemănătoare sau analoge celor ale sale".

Sediul acestei uniuni este la Torino (Italia), iar organul oficial al său este revista periodică „Minerva medica sociale europea", apărînd în principalele limbi europene.

Textul francez al acestui statut a fost aprobat la Vichy (Franţa) la 4.XI.1955.

de delegați ai societăților de medicină socială existente în Italia, Franța, Spania, Belgia, Elveția și Anglia, constituiți în comitet provizoriu de direcție. Președinte a fost desemnat, cu acest prilej, prof. Cesare Coruzzi, secretarul general al societății de medicină socială din Italia.

Cercul de referate de istoria medicinei organizat de Societatea științelor medicale, filiala București și Centrul de organizarea ocrotirii sănătății și istoria medicinei a ținut în ultima perioadă următoarele ședințe de comunicări :

7 decembrie 1956

Prof. I. Banu : Locul lui Hippocrat în istoria filozofiei.

Prof. V. Mihordea : Dezvoltarea comerțului de farmacie în Principate în secolul al XVIII-lea.

D. Berindei : Spitale în Bucureștii veacului al XVIII-lea.

Dr. I. Solomon : O controversă din 1873—1875 în problemele de igienă.

Dr. Od. Apostol, dr. O. Petter, A. Kowler : Dr. Sigmand-Sigma, un precursor în educația sanitară.

4 ianuarie 1957

Conf. A. Kelemen : Evoluția profilurilor cadrelor medii sanitare din țara noastră.

Prof. Halevy : „Igienistul" E. Tollhausen și activitatea sa la Iași în anii 1835—1840.

Dr. B. Horodniceanu : Viața și opera profesorului G. Asaki.

Prof. I. Jianu : Amintiri despre Thoma Ionescu.

1 februarie 1957

Dr. S. Izsak : 100 de ani de la nașterea Mariei Cuțarida-Crătunescu, prima romîncă doctor în medicină.

Dr. Od. Apostol și dr. Al. Raicovicianu : Sfaturi medicale franceze din 1775.

Conf. B. Pruteanu : Două lucrări inedite ale lui I. Cihac.

Dr. N. Vătămanu : Doctorul Drasch, nedreptățitul.

RECENZII — REFERATE

ORGANIZAREA OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

ORGANIZAȚIA ZDRAVOOHRANENIA

K. V. Maistrach

Medghiz, Moscova, 1956, 266 pagini

Cartea recenzată este un manual pentru școlile sanitare medii și necesitatea acută a acestei cărți o arată și faptul că lucrarea este la a patra ediție.

Manualul descrie scurt și concis teoria, istoria, formele de organizare și metodele de muncă în organizarea ocrotirii sănătății din U.R.S.S.

În capitolul I, „Bazele și istoria ocrotirii sănătății sovietice", sînt descrise principiile de bază ale sistemului sovietic de ocrotire a sănătății și dezvoltarea ocrotirii sănătății în Rusia și U.R.S.S. Tot în acest capitol se prezintă structura organelor de ocrotirea sănătății în U.R.S.S.

Capitolul al II-lea „indicatorii sănătății populației", descrie pe scurt metodologia statisticii sanitare, noțiuni de demografie și morbiditate a populației și sistemul de evidență și raportare în instituțiile medico-sanitare sovietice. Este de menționat că noțiunile de statistică medico-sanitară sînt expuse nu numai scurt dar și simplu, ceea ce dă posibilitatea de a fi înțelese de către cadrele medii sanitare.

Capitolul al III-lea, „Organizarea asistenței curativo-profilactice a populației orășenești", cuprinde istoria dezvoltării instituțiilor spitalicești și sistemele de construcție ale spitalelor, dîndu-se și un proiect-tip de secție de staționar. În continuare, este descrisă structura organizatorică a instituțiilor spitalicești și normativele Ministerului Sănătății al U.R.S.S. privind paturile de spital pe secții, în dependență de numărul populației deservite. Este tratat separat principiul teritorializării și deservirii pe circumscripții medicale urbane, metoda de dispensarizare a populației în spitalul unificat, organizarea muncii policlinicii, organizarea muncii în staționar și evidența, darea de seamă și indicatorii de apreciere a activității spitalului. Organizarea muncii în policlinică și staționar cuprinde subcapitole destinate organizării și conținutului muncii cadrelor medii sanitare. În continuare, este tratată deservirea medico-sanitară a muncitorilor din întreprinderile industriale, prin serviciile medico-sanitare, punctele de sănătate cu cadre medicale și cu felceri; este descrisă organizarea asistenței me-

dicale în caz de accidente; examinările periodice și dispensarizarea muncitorilor; studiul morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă și planul unic complex al întreprinderii; munca sanitaro-antiepidemică în întreprindere. Tot în acest capitol este descrisă organizarea și activitatea dispensarelor antituberculoase, dermato-venerice și oncologice.

Capitolul al IV-lea, „Organizarea asistenței medico-sanitare a populației rurale", după ce descrie istoria organizării sanitare în mediul rural în U.R.S.S. tratează circumscripția sanitară rurală. În cadrul acestui capitol se prezintă punctul de sănătate cu moașe și felceri, problema morbidității populației de pe teritoriul circumscripției, organizarea asistenței curativo-profilactice a populației, dispensarizarea populației rurale, ocrotirea sănătății mamei și copilului în mediul rural și munca sanitaro-antiepidemică (inclusiv educația sanitară) la nivelul circumscripției. În continuare, este descrisă organizarea spitalului raional și spitalului regional.

În capitolul al V-lea, „Ocrotirea sănătății femeii și organizarea asistenței la naștere", sînt descrise măsurile de stat pentru ocrotirea femeii, sistemul de organizare a instituțiilor medicale pentru femei, organizarea serviciului de consultații de obstetrică și ginecologie, organizarea staționarului de naștere și indicii de apreciere a activității acestor instituții.

Capitolul al VI-lea, „Organizarea asistenței curativo-profilactice la copii", cuprinde metodele de muncă în spitalul unificat de copii, organizarea deservirii copiilor pînă la 3 ani și munca surorilor de ocrotire, organizarea staționarului de copii și raportul de activitate inclusiv indicatorii principali de apreciere a muncii. Tot în acest capitol sînt descrise organizarea și munca sanitară în creșă și în casa copilului.

În capitolul al VII-lea, „Serviciul sanitaro-antiepidemic", sînt expuse problemele principale privind organizarea muncii serviciilor sanitaro-antiepidemice, organizarea și activitatea centrului sanitaro-antiepidemic și indicele de apreciere a activității lui.

În capitolul al VIII-lea, „Educația sanitară", după ce sînt descrise sarcinile și organizarea educației sanitare în U.R.S.S. (Casa de educație sanitară, responsabilul cu educația sanitară în diferite instituții medico-sanitare), se trece la expunerea formelor și metodelor de muncă în educația sanitară. Metodele de muncă și formele de activitate sînt descrise amănunțit cu exemplificări multiple și indicații metodologice clare, analizîndu-se specificul muncii de educație sanitară în diferite instituții sanitare și pentru diferite grupe ale populației (spital, întreprindere, adulți, copii, bolnavi, populație rurală sau urbană etc.). Un subcapitol tratează formele de participare a populației la ocrotirea sănătății.

Capitolul al IX-lea, „Planificarea și finanțarea instituțiilor medico-sanitare", descrie principiile de planificare în economia națională a U.R.S.S., sistemul de planificare în ocrotirea sănătății și planificarea în cadrul spitalului unificat (paturi, utilizarea paturilor, zile de spitalizare, consultații, cadre etc.). Pe de altă parte sînt deschise sistemul de bugetare a ocrotirii sănătății în U.R.S.S. (inclusiv structura alocațiilor pentru diferite ramuri ale ocrotirii sănătății) și metodologia alcătuirii bugetului pentru instituții medico-sanitare.

Cartea are la sfîrșit ca anexe legislația sanitară: „Regulamentul de funcționare al punctului de sănătate rurală cu felcer și moașă", „Regulamentul privind drepturile și obligațiile felcerului", „Regulament privind drepturile și obligațiile moașei", „Regulament privind cadrul ajutător al inspectorului sanitar de stat (medicului igienist)" și formularul raportului de activitate anuală a punctului de felcer și moașă.

Apariția acestui manual de organizare sanitară este incontestabil un fapt pozitiv. Meritul principal al acestei cărți este că ea conține, deși pe scurt, totuși complet, toate problemele de organizare sanitară la un nivel științific înalt și ușor de înțeles. Manualul reflectă evenimentele politico-economice și sanitare actuale din U.R.S.S. și, atît formele de organizare descrise, cît și datele statistice citate sînt actuale, ceea ce este important dacă avem în vedere că celelalte manuale sovietice de organizare sanitară sînt mai vechi. Autorul, în scopul expunerii clare a diferitelor forme de organizare, folosește des scheme care sînt foarte ilustrative și didactice.

În același timp trebuie să menționăm și unele observații care ar putea contribui, după părerea noastră, la îmbunătățirea manualului în sensul de a-l face mai apropiat pregătirii și sarcinilor cadrelor medii sanitare. Astfel, ar fi fost de dorit ca manualul să cuprindă metoda cercetării dezvoltării fizice a populației, care are o mare importanță pentru cadrele medii din instituțiile de copii.

Sistemul de evidență și raportare unde cadrele medii sînt executanți direcți, ar fi putut fi prezentat în mod detaliat. De un interes real ar fi fost prezentarea mai largă a aspectelor variate din munca cadrelor medii de la nivelul întreprinderii și din mediul rural.

În concluzie, ținînd seama de nivelul la care a fost alcătuită lucrarea și de existența anumitor capitole, cum ar fi metodologia cercetării statistice și mai ales educația sanitară, considerăm cartea ca o contribuție prețioasă la îmbunătățirea învățămîntului cadrelor medii sanitare.

T. Huszar

PROBLEME DE EPIDEMIOLOGIE LA AL XIII-LEA CONGRES UNIONAL AL IGIENIȘTILOR, EPIDEMIOLOGILOR, MICROBIOLOGILOR ȘI INFECȚIONIȘTILOR

V. M. Jdanov

Sovetskoe zdravoohranenie, 1956, nr. 5

De la Congresul al XII-lea au trecut 9 ani și dezvoltarea sectorului sanitaro-antiepidemic în această perioadă se reflectă clar în ordinea de zi a celor două congrese. La Congresul al XII-lea, problema principală era lichidarea urmărilor sanitare și epidemice ale celui de-al doilea război mondial. Această problemă a fost rezolvată și astfel la Congresul al XIII-lea, pe ordinea de zi au fost înscrise problemele profilaxiei și lichidării bolilor infecțioase, igienii muncii și igienii rurale și de asemenea și problemele de igienă în radiologie și cancer.

În privința problemelor profilaxiei și lichidării bolilor infecțioase, s-a constatat că în U.R.S.S. sînt lichidate complet boli, ca : holera, ciuma, variola, febra recurentă etc. Este pe cale de lichidare malaria. Nu mai au extindere de masă boli, ca: tifosul exantematic, tularemiile, bruceloza. Scade simțitor letalitatea prin boli infecțioase. Pe de altă parte însă, morbiditatea în gripă, boli acute ale căilor respiratoare superioare, angină, rujeolă, tuse convulsivă, scarlatină etc., nu scade în ultimii ani, iar morbiditatea prin hepatita epidemică, poliomielită și encefalită crește de la an la an.

În cadrul Congresului a fost considerat ca o greșeală faptul că pe linia măsurilor antiepidemice s-a dat toată atenția scarlatinei, în timp ce boli contagioase mai importante, ca rujeola și tusea convulsivă au fost neglijate.

În problema profilaxiei și lichidării bolilor contagioase Congresul a considerat că există trei sarcini principale:

1. Lichidarea totală a bolii cu nimicirea microbului pe teritoriul țării. Această sarcină poate fi realizată în perioada următoare, în ceea ce privește malaria și unele infecții de interes local (febra moscitală, leishmanioză urbană, ankilostomiaza etc.).

2. Lichidarea (profilaxia) îmbolnăvirilor în rîndul oamenilor. Această sarcină privește rabia, tularemia, antraxul etc.

3. Lichidarea îmbolnăvirilor de masă. Această sarcină foarte importantă se pune față de dizenterie, difterie, ascaridoză.

Toate instituțiile publice trebuie să acorde o atenție deosebită scăderii mortalității prin boli infecțioase.

Au fost discutate mult la Congres căile de cercetare pentru obținerea vaccinurilor eficace contra bolilor infecțioase, în special contra rujeolei, tusei convulsive, scarlatinei, poliomielitei.

O contribuție valoroasă a adus Congresului participarea a peste 100 de delegați străini, din care mulți au prezentat referate interesante și au luat parte activă la discuții.

T. Huszar

VADE-MECUM AL MEDICULUI DE MUNCĂ

VADE-MECUM DU MÉDECIN DU TRAVAIL

H. Bour, G. Sieurin

Masson, Paris, 1952, 288 p.

Cartea a fost întocmită de doi medici de întreprindere și pentru întreprinderile industriale importante. Pentru celelalte întreprinderi mai mici, care sînt de fapt caracteristice pentru Franța, sînt preconizate servicii medicale pe mai multe întreprinderi și nu se dau pentru ele referiri speciale, pentru a nu se îngreuna textul. Cartea trebuie să fie un auxiliar de fiecare moment al medicului de întreprindere, fapt pentru care este tipărită și într-un format de buzunar, și cuprinde în anexe formularistica medicală și textele de legi privind aplicarea medicinei muncii din întreprinderi.

Tabla de materii cuprinde următoarele capitole mari :

Introducere.

I. Sosirea medicului în întreprindere.

II. Elaborarea metodelor de muncă

ale medicului (amenajarea unui serviciu medical, instalarea primelor ajutoare etc.)

III. Medicul în cabinetul său : cunoașterea oamenilor (vizita la angajare, examene sistematice, examene ocazionale, examene complementare, profilaxia bolilor sociale).

IV. Medicul în atelier : cunoașterea mediului (vizita în ateliere, studiul locurilor de muncă din punct de vedere tehnic și biologic).

V. Supravegherea și prevenirea accidentelor de muncă și boli profesionale.

VI. Legăturile serviciului medical (în interiorul întreprinderii, în afara întreprinderii).

VII. Sarcini ajutătoare extramedicale (alimentația muncitorilor, sportul la tineri, rolul social și educativ al medicului de întreprindere).

VIII. Organizarea sarcinilor (dosar medical, registre, statistică, grafice, program și orar).

Concluzii (deontologie, drepturi și datorii, secret profesional, responsabilitate).

Anexe : dosar medical, fișă clinică, fișă de accident, texte oficiale care organizează medicina muncii.

A. Dumitrescu

MEDICINA PREVENTIVĂ ȘI IGIENA
PREVENTIVE MEDICINE AND HYGIENE

Maxcy F. Kenneth

ed. a 7-a, New York Appleton-Century-Crofts, Inc., 1951, XV + 1 462 p.

Această lucrare. redactată într-o primă ediție acum 43 de ani. urmărește prezentarea acelor domenii ale științei medicale și ale științelor apropiate care formează baza activității de sănătate publică. Ea a fost alcătuită pentru uzul studenților în medicină, al medicilor, inginerilor sanitari și al tuturor celor care activează în domeniul sănătății publice.

Încă de la prima ediție, autorii semnalau că progresele în domeniul igienei și sanitației au fost atît de rapide, iar medicina preventivă a devenit o specialitate cu un cuprins atît de vast, încît la alcătuirea cărții, dificultatea a constat mai ales în alegerea materialului care să poată fi lăsat deoparte.

În numeroasele ediții care au urmat din anul 1913 pînă recent (ediția prezentă, datată 1951, este ediția a 7-a) au trebuit să survină modificări. Elementele fundamentale privind asigurarea sanitației mediului au rămas neschimbate, dar obiectivul acestei activități s-a lărgit mult. Se dă o atenție crescîndă prevenirii bolilor cu etiologie neinfecțioasă, prelungirii duratei medii de viață și se urmărește asigurarea de către colectivitate a posibilităților de tratament și refacere a bolnavilor și infirmilor fizici și mintali.

Cartea cuprinde, pe lîngă problemele mari de medicină preventivă, igienă și organizare sanitară, și un capitol special de metodologie de aproape 100 de pagini, care se referă la epidemiologie, analiză, statistică și starea de sănătate a populației. Considerînd statistica ca o specialitate, autorul crede necesar ca un specialist statistician să secondeze pe organizatorul de sănătate în cercetările sale, acesta trebuind să aibă numai suficiente cunoștințe statistice pentru a ști cînd să apeleze la el.

În sfîrșit, acest capitol de metodologie cuprinde și elementele studiului stării de sănătate (natalitate, mortalitate, morbiditate). Importanța studiului pe grupuri de populație în problema stării de sănătate este accentuată ca bază pentru cea ce numește autorul studiul „epidemiologiei sănătății".

Cuprinsul acestei lucrări este alcătuit din următoarele capitole :

I. *Prevenirea bolilor transmisibile*

1. Bolile contagioase răspîndite în special prin gură și nas.
2. Infecție aerobă.
3. Boli contagioase răspîndite prin materii fecale.
4. Boli contagioase răspîndite prin contact genital.
5. Boli contagioase neclasificate cu privire la modul principal de răspîndire.
6. Infecții răspîndite prin artropode.
7. Controlul vectorilor antropoizi și al infestărilor.
8. Controlul șobolanilor și al altor rozătoare.
9. Boli răspîndite în special prin contact cu animale sau alte surse în afară de oameni.

II. *Alimentația și bolile de carență*

10. Considerații generale privind elementele de hrană.
11. Subalimentația.
12. Cerințele unei alimentații normale.
13. Alimentația în medicina preventivă.

III. *Menținerea sănătății și prevenirea încapacității*

14. Dezvoltarea istorică a sănătății mamei și copilului.
15. Serviciile de sănătate maternă.
16. Servicii de pediatrie și preșcolare.
17. Servicii de sănătate pentru copiii de vîrstă școlară.
18. Servicii pentru copilul infirm fizic.
19. Îmbătrînirea, bolile cronice și incapacitatea la adulți.
20. Igiena mintală.

IV. *Sanitația alimentelor*

21. Alterarea alimentelor și prevenirea sa.
22. Laptele și produsele lactate.
23. Carne, pește ouă și zarzavaturi.
24. Sanitația așezămintelor de alimentație.

V. *Medicina mediului*

25. Temperatura.
26. Radiația.
27. Efectele presiunii barometrice înalte și scăzute.
28. Zgomotul.
29. Poluarea aerului atmosferic.
30. Reanimarea.

VI. *Igiena industrială, bolile profesionale*

31. Introducere.
32. Boli profesionale.
33. Sănătatea generală a populației muncitoare.
34. Munca și oboseala.
35. Promovarea și regulamentul medicinei industriale și al igienei.

VII. *Controlul sanitar al asigurării cu apă, al canalizării și îndepărtării reziduurilor*

36. Apa.
37. Analiza sanitară a apei.
38. Interpretarea analizei sanitare a apei.
39. Purificarea apei.
40. Apa și relațiile sale cu boala.
41. Canalizarea.
42. Îndepărtarea reziduurilor.

VIII. *Metodologie*

43. Epidemiologie.
44. Analiză statistică.
45. Sănătatea populației (starea de sănătate).

IX. *Organizarea sănătății publice și activitatea de sănătate publică.*

46. Serviciile naționale de sănătate.
47. Serviciile naționale de sănătate în Statele Unite.
48. Organizarea sanitară de provincie sau de stat.
49. Serviciile sanitare locale.
50. Organizația internațională de sănătate.
51. Organizațiile voluntare de sănătate.
Index.

COMITETUL DE EXPERȚI PENTRU PREGĂTIREA PROFESIONALĂ ȘI TEHNICĂ A PERSONALULUI MEDICAL ȘI AUXILIAR

Al II-lea raport O.M.S., Geneva, 1953

Raportul discută principalele probleme legate de învățămîntul medical din lume, ținînd seama, atît de situația existentă, cît și de necesitățile de viitor în acest domeniu.

În concluziile raportului, comitetul apreciază că :

„1. fiecare țară sau regiune ar trebui să aibă instituții suficiente de învățămînt medical pentru a pregăti practicienii cu înaltă calificare de care are nevoie ;

2. facultatea de medicină ar trebui să-și asume rolul de conducere, care îi revine în mod logic, în cadrul colectivității și să colaboreze în mod activ cu toate organismele care se interesează de sănătatea populației, făcînd cunoscute și predînd ramurile medicinei (inclusiv medicina preventivă) care tratează problemele sănătății și bolii indivizilor în cadrul lor social; în afară de aceasta,

3. practicianul de medicină generală, dacă este pregătit în mod potrivit, trebuie să poată servi ca legătură între specialiștii medicali și membrii profesiunilor paramedicale și înrudite, necesare pentru a răspunde tuturor nevoilor sanitare ale populației.

Pentru a putea să se achite de această sarcină cu succes :

a) facultățile de medicină nu trebuie să accepte mai mulți studenți decît pot să pregătească în mod adecvat ;

b) studenții trebuie să posede cultura generală care să le permită în cadrul profesiei lor, să înțeleagă și să ajute oamenii la care vor fi chemați".

Comitetul apreciază, pe de altă parte, că „pentru a asigura cel mai bine un învățămînt de natura și însemnătatea dorită, trebuie :

1. ca facultatea de medicină să creeze,

să întreţină şi să sprijine fără rezerve o catedră de medicină preventivă şi socială, înzestrată cu personalul şi materialul necesar pentru a preda cunoştinţe despre aspectele îngrijirii sanitare şi medicale — intrînd în mod logic în domeniul său de activitate — şi pentru a coordona eforturile sale cu toate celelalte catedre de ştiinţe de bază şi de ştiinţe aplicate ;

2. ca această catedră de medicină preventivă şi socială, împreună cu celelalte catedre, să facă efortul de a recruta profesori posedînd cele mai înalte calităţi personale, morale, ştiinţifice şi capabili să stabilească un program de studii şi de educaţie care să poată ajuta pe studenţi să-şi continue pregătirea profesională, să exercite profesia lor în mod satisfăcător şi să-şi asume responsabilităţile în sînul colectivităţii".

A. Dumitrescu

ÎN PROBLEMA UNEI PREGĂTIRI MEDICALE MODERNE ŞI A MEDICULUI DE MEDICINĂ GENERALĂ

H. Redetzky

Das deutsche Gesundheitswesen, 1956, nr. 46, p. 1 572—1 574

Autorul consideră necesară o modernizare a pregătirii medicale. Problemele profilaxiei medicale au fost dezbătute des şi pretutindeni în ultimii ani: în 1952 la Nancy, în 1953 la Göteborg şi la Londra. Aici s-au pus în evidenţă problemele profilaxiei şi ale medicinei sociale şi igienei, în cadrul învăţămîntului medical. De asemenea, Uniunea Sovietică şi ţările de democraţie populară au nu numai un sistem progresist de ocrotire a sănătăţii, dar şi un sistem progresist de învăţămînt medical.

Discipline ca igiena socială şi igiena muncii, în R.D.G., nu pot fi epuizate în puţinele ore de curs. Pentru aceasta este necesar studiu şi experienţă practică în domeniul condiţiilor de mediu ale bolnavilor şi sănătoşilor. De aceea, autorul consideră necesară o adîncire a studiilor medicale şi realizarea unei sinteze între medicina individuală şi medicina socială. Studenţii în medicină ar trebui să aibă cunoştinţe despre legăturile dintre sănătate, boală şi capacitate de muncă, dintre om şi societate, despre relaţiile sociale de toate felurile, despre mediul de muncă şi mediul familial, ca şi despre problemele nivelului de trai, ale alimentaţiei, locuinţei, educaţiei, despre legalitatea democrată, securitatea socială etc. Toate aceste probleme sînt legate de activitatea medicului şi ar putea contribui la înviorarea învăţămîntului clinic, la lărgirea orizontului social al studentului şi la punerea lui din timp în problematica de muncă practică medicală. Autorul propune atragerea studenţilor la şedinţele anuale de analiză a muncii secţiilor sanitare raionale şi regionale. La fel, propune participarea (în număr restrîns a studenţilor) la unele şedinţe ale activului sanitar de la sate, la activitatea în S.M.S.-uri, la munca în dispensarele pentru mamă şi copil ; cele de tuberculoză şi de dermato-venerologie, unde să vadă că, pe lîngă cunoştinţe de specialitate medicală, trebuie cunoscute nenumărate alte probleme (locuinţă, condiţii de mediu, de muncă, nivel cultural). Aceasta le-ar servi pentru a cunoaşte şi activitatea şi punctul de vedere al personalului mediu sanitar.

Autorul crede, bazat pe experienţa sa personală la Universitatea din Rostock, că lucrul esenţial pentru realizarea acestor deziderate este contribuţia medicilor la informarea şi educarea studenţilor în aceste probleme. În acest mod consideră autorul că se poate realiza legătura între ştiinţă şi practică, între studiu şi viaţa profesională a medicului.

Astăzi se ridică în faţa studenţilor în medicină problema serioasă a alegerii profilului : medicină generală sau specializarea într-una din cele 29 de specialităţi recunoscute în R.D.G. Pentru a-i ajuta în această direcţie, se cere stabilit răspunsul la întrebarea dacă în viitor se poate asigura ocrotirea sănătăţii întregii populaţii urbane şi rurale, ca şi aplicarea principiilor profilaxiei numai cu ajutorul medicilor specialişti. Autorul consideră că din nici un punct de vedere (organizatoric, tehnic sau practic) acest lucru nu este cu putinţă şi că se impune necesitatea unui medic de medicină generală, bine pregătit, conştiincios şi cu experienţă, pentru a realiza ocrotirea sănătăţii întregii populaţii în cele mai bune condiţii.

Considerînd necesară existenţa unui asemenea cadru de medicină generală, menit să contribuie la păstrarea conceptului de *medicină generală* şi la îmbunătăţirea ocrotirii sănătăţii populaţiei, autorul ia poziţie faţă de acesta : pregătirea unui asemenea medic practician general sau *specialist în medicină generală* trebuie să dureze mai mulţi ani, în nici un caz ea nu poate să fie de o durată mai redusă decît o altă specializare. În plus ,acest medic de medi-

cină generală trebuie să se bucure de o apreciere corespunzătoare în rîndul medicilor, al medicilor specialişti, al clinicilor şi al institutelor ştiinţifice. De aceea este necesară egalizarea lui cu ceilalţi specialişti şi asigurarea unor condiţii precise în pregătirea de specialitate.

În concluzie, autorul consideră că medicina modernă necesită, pe lîngă specialişti de înaltă calificare şi existenţa unor medici practicieni generali de înalt nivel.

A. Dumitrescu

PREGĂTIREA CONTINUĂ A MEDICULUI CONSULTANT

Douglas Hubble

British Medical Journal, 1955, 27 august, p. 505—507

Autorul subliniază două dificultăţi mari pe care le întîmpină medicul în Anglia (spre deosebire de inginer sau chimist), atunci cînd trebuie să-şi menţină la zi nivelul cunoştinţelor sale. Una dintre ele o constituie faptul că, în alte profesiuni superioare, tehnicienii sînt încurajaţi în studiul individual şi frecventarea bibliotecilor în cadrul zilei normale de lucru, pe cînd în contractul medicului de spital, fie el cadru didactic sau nu, nu este prevăzută nici o oră pe săptămînă pentru folosirea bibliotecii medicale. De altfel, chiar dacă ar fi prevăzut acest drept, medicul de spital nu ar fi putut să-l folosească, deoarece este atît de încărcat de activităţi curente. Pe aceeaşi linie de inegalitate între medici şi ceilalţi tehnicieni superiori, în ceea ce priveşte posibilitatea documentării, se situează şi faptul că orele libere nu sînt pentru medic cu adevărat ore libere ; duminica sau în serile în care se presupune că ar putea citi şi studia, medicul este tulburat de chemările pacienţilor, fie ei din spital, fie provenind din practica particulară.

A doua dificultate constă în insuficienţa educaţiei ştiinţifice de bază la cadrele medicale, fapt care le obligă să înveţe mereu chimie, fizică sau matematică, pentru a putea înţelege şi aplica noile cunoştinţe dobîndite pe tărîmul medical. În momentul de faţă, toate generaţiile de medici, care sînt încadraţi în activitatea medico-sanitară, sînt nevoite să suplinească lipsurile în educaţia de bază.

De aceea, autorul propune o primă soluţie, ca timp de 3 luni pe an, medicul — cadru de învăţămînt — să nu lucreze în spital, perioadă în care să se ocupe de pregătirea sarcinilor sale didactice, de studiu individual, cercetări personale etc. Dar el consideră totodată că şi medicul consultant, care nu are sarcini didactice, are nevoie de o perioadă de studiu individual, de cercetare ştiinţifică, de un repaus mai prelungit pentru refacerea spiritului.

O altă formulă, preconizată cu acelaşi scop, prevede o perioadă de 6 luni, o dată la 5 ani, pentru activitate susţinută în spitale, laboratoare şi studiu individual. Autorul arată că în Statele Unite se mai practică sistemul conferinţelor clinico-patologice săptămînale în cadrul spitalelor. Asemenea reuniuni regulate ar trebui iniţiate şi menţinute cu ajutorul medicilor de spital direct interesaţi.

În general, autorul este de părere că, în cîteva spitale din Anglia, ar trebui organizate experimente, cu o durată de un an, pentru a se vedea dacă diversele sisteme de perfecţionare preconizate sînt sau nu eficiente.

A. Dumitrescu

PREGĂTIREA DE BAZĂ A SPECIALIŞTILOR PRIN ÎNVĂŢĂMÎNT DIRIJAT SAU SPONTAN ?

THE BASIC TRAINING OF SPECIALISTS MEDICAL EDUCATION BY ACCRETION OR BY DISIGN ?

H. Julius Comroe

J.A.M.A., 1956, nr. 15, p. 1 323—1 326

Autorul arată că progresele înregistrate în domeniul medicinei au dus la schimbări în practica medicală, fără a modifica în mod corespunzător sistemul de învăţămînt medical şi specializarea. Astfel, specializarea medicilor continuă să se facă, în majoritatea cazurilor, prin stagii practice prelungite în spitale, fără a fi însoţite de pregătirea teoretică corespunzătoare necesităţilor învăţămîntului şi dezvoltării ştiinţei medicale moderne. Spitalele, în majoritatea lor, nu oferă înlesniri speciale pentru a efectua pregătirea medicilor într-una sau mai multe specialităţi, iar interesul şi priceperea cadrelor spitaliceşti pe linie didactică variază foarte mult, îndeosebi în ceea ce priveşte ştiinţele medicale de bază care au aplicare în practica specială.

Autorul propune preluarea specializării de către facultatea de medicină de la cele 1 200 de spitale care o efectuează în prezent, pentru a asigura pre-

darea unor cursuri teoretice în cadrul specializării. El consideră că medicul trebuie ajutat la începutul perioadei de specializare prin aceste cursuri teoretice, așa cum, înainte de a fi trimis în stagiu de internat, medicului i se oferă o pregătire de patru ani în facultatea de medicină. El nu consideră însă că aceste cursuri regulate privind științele medicale de bază pot înlocui un întreg program de specializare, ci ele trebuie numai integrate în programul de pregătire practică (de tip asemănător secundariatului). În mod ideal, cursurile ar trebui urmate de un program de secundariat, în care principiile de bază învățate în cadrul cursurilor teoretice să se aplice continuu la diagnosticarea și tratamentul bolnavilor.

Necesitatea includerii unor asemenea cursuri teoretice, el o vede derivînd din următoarele motive : principiile de bază, învățate în primii ani de facultate, sînt uitate, întrucît ele nu au fost legate în predare de întreaga practică medicală și nu au fost aplicate niciodată la problemele clinice în ultimii doi ani de facultate sau în timpul internatului ; în cei 4—5 ani care trec între primul an de facultate și perioada de specializare a medicului, se înregistrează multe progrese în științele medicale de bază, progrese pe care specialistul trebuie să le cunoască în perioada sa de pregătire ; învățămîntul medical, neputînd asigura decît cunoștințele necesare unei pregătiri de bază, rămîne un volum de cunoștințe, legate de diversele specialități, care trebuie deci predat în cadrul specializării ; în unele specialități, au fost acumulate cunoștințe în domeniul fiziologiei, biochimiei, microbiologiei, imunologiei, farmacologiei și geneticii și acestea trebuie să devină cunoscute oricărui specialist în domeniul său de activitate ; la fel, se simte nevoia unei pregătiri speciale în fizică pentru multe grupuri de specialiști (oftalmologie, radiologie, ortopedie).

Autorul crede însă că o nouă orientare față de întreaga pregătire medicală ar da rezultate mai bune și într-un timp mai scurt. O asemenea încercare ar putea fi constituită de un program de învățămînt care să înceapă în anul III sau IV de colegiu. Prima parte ar consta dintr-un studiu, de cîțiva ani, al științelor biologice și fizice esențiale pentru practica medicală (incluzînd matematica, fizica, chimia, științele fiziologice și sociale, anatomia, microbiologia). Adăugîndu-se la acestea și experiența clinică suficientă (de un tip eventual modificat de internat) inclusă de timpuriu în programul de învățămînt medical (posibil în timpul lunilor de vară) s-ar permite studentului să aleagă în mod inteligent viitoarea sa carieră încă de pe cînd se află pe băncile facultății.

Pregătind cadre pe profil de medicină generală, de specialist, cadru didactic sau cercetător, facultatea de medicină ar putea întregi fiecărui student pregătirea de bază pentru fiecare din ramurile alese, înainte ca studentul să părăsească băncile sale.

Într-un asemenea plan de învățămînt, prezentarea științelor fizice și biologice ar putea servi ca educație de bază și pentru cei care vor urma stomatologia sau medicina veterinară.

În prezent, acest lucru este imposibil, din cauză că studenții nu ajung să se hotărască asupra carierei viitoare decît după ce au părăsit facultatea și s-au răspîndit ca interni în mii de spitale.

În concluzie, autorul crede totuși că întregul învățămînt medical necesită o asemenea restructurare, încît catedrele facultăților de medicină existente, bine reorganizate și dezvoltate, să poată completa (perfecționa) pregătirea de bază pentru marea majoritate a studenților care doresc să se specializeze.

Adriana Dumitrescu

INSPECTORUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Public Health, London, 1956, noiembrie p. 20

Într-o scurtă notă se anunță că a avut loc schimbarea numelui de „inspector sanitar" în „inspector de sănătate publică". Schimbarea a fost solicitată de membrii acestei profesiuni, pentru a-și salva prestigiul amenințat de titulatura „sanitar", căreia populația i-a depreciat sensul. În articol se regretă această folosire din ce în ce mai redusă a termenului „sanitar", pe care-l consideră bun și expresiv, avînd sensul de „aparținînd sănătății" sau „privind sănătatea".

Privit istoric, actualul inspector de sănătate publică s-a numit inițial „inspector of nuisances" (inspector al noxelor sanitare) avînd ca sarcini, descoperirea și îndepărtarea acestor noxe. Schimbarea numelui în inspector sanitar a reprezentat totodată și lărgirea domeniului său de activitate. La problema noxelor sanitare s-au adăugat preocupări de igiena alimentației și, în deo-

sebi, activitatea de *prevenire* a noxelor sanitare. În sfîrşit, actuala schimbare a numelui acestui cadru în inspector de sănătate publică corespunde cu lărgirea mai departe a sarcinilor sale: acum, inspectorul de sănătate publică se ocupă de oameni şi de modul lor de viaţă.

Deci, dacă la început, acest cadru era un simplu meseriaş, curînd el a trebuit să devină tehnician, iar acum el este un profesionist. I se cere acum o durată de pregătire mai lungă decît oricărui alt funcţionar local, în afară de colegii săi : surorile medicale şi de ocrotire.

Această schimbare de conţinut de muncă se traduce şi în faptul că, în prezent, inspectorul de sănătate publică nu mai este apreciat după numărul de procese-verbale de contravenţie încheiate. El este în schimb un îndrumător şi sfătuitor al proprietarilor şi comercianţilor progresişti în domeniul sanitar şi în acelaşi timp un educator al celor înapoiaţi.

În notă se mai arată că, dacă astăzi este o lipsă mare de cadre în această profesiune, ea se explică prin faptul că salarizarea lor este mai slabă decît a altor profesionişti, şi chiar a unora cu o pregătire profesională mai redusă. De aceea, se recomandă grăbirea pregătirii unui număr suficient de inspectori, folosind şi metoda pregătirii la locul de muncă, completată cu unele cursuri teoretice organizate în centre uşor accesibile. Materialul subliniază că inspectorul de sănătate publică reprezintă unul din specialiştii importanţi care alcătuiesc echipa condusă de Ofiţerul medical de sănătate (organizatorul sanitar).

A. Dumitrescu

PREGĂTIREA MEDICILOR-FUNCŢIONARI DANEMARCA

Recueil international de législation sanitaire, 1956, nr. 1, p. 43—44

Materialul reprezintă o foarte scurtă notă referitoare la cuprinsul Ordonanţei nr. 149 din 6 mai 1954, privind pregătirea medicilor-funcţionari.

Sînt prevăzute cursuri speciale, care se încheie cu un examen şi care sînt organizate pe lîngă Universitatea din Copenhaga, pentru medicii care doresc să exercite funcţii în administraţie sanitară. Condiţiile cerute pentru a se putea prezenta la examenul final sînt următoarele : diploma unei facultăţi daneze de medicină ; dreptul de liberă practică ; absolvirea unor cursuri de igienă şi medicină socială, drept medical şi administraţie sanitară, legislaţie medico-socială, medicină legală (inclusiv legislaţia medicală şi de medicină socială), psihiatrie legală, patologia infecţioasă, epidemiologie, luptă contra bolilor venerice.

Ordonanţa prevede faptul că numărul participanţilor la aceste cursuri speciale este limitat, iar învăţămîntul propriu-zis este gratuit.

A. Dumitrescu

CÎTEVA PROBLEME DE PROIECTARE A SPITALELOR MODERNE

L. O. Iurovskii

Sovetskoe zdravoohranenie, 1956, nr. 5

Pentru liniştea şi odihna bolnavilor este importantă izolarea secţiilor şi lichidarea secţiilor de trecere. În scopul acesta, laboratoarele şi cabinetele de proceduri medicale trebuie aşezate, nu la capetele secţiilor, ci la un loc, între secţii.

Autorul socoteşte că policlinica nu trebuie să fie proiectată în aceeaşi clădire cu staţionarul, fiindcă aceasta deranjează liniştea bolnavilor din staţionar şi creează posibilitatea de contagiune intraspitalicească.

Autorul recomandă ca staţionarul să fie amenajat într-o clădire separată în adîncimea teritoriului spitalului şi să fie apărat de o zonă de verdeaţă, iar policlinica să fie construită pe acelaşi teritoriu, dar în imediată apropiere de stradă.

T. Huszar

ÎN LEGĂTURĂ CU PROBLEMA UTILIZĂRII MAI JUSTE A FONDULUI DE PATURI

M. I. Roninson, P .P. Aleksandrov şi V. I. Filippovskaia

Sovetskoe zdravoohranenie, 1956, nr. 5

Autorii subliniază că problema posibilităţilor de spitalizare depinde nu numai de numărul paturilor, ci şi de utilizarea justă a paturilor şi de internarea justificată a bolnavilor.

Internări neîntemeiate au fost relativ multe şi în Spitalul „Karl Marx" din Leningrad. Din 14 772 de bolnavi trimişi pentru internare, 1 370 au fost respinşi de medicul de gardă din cauza lipsei indicaţiilor de internare şi din aceştia 133 au refuzat internarea.

La Secția de boli interne, 390 de bolnavi au ieșit din staționar cu diagnosticele de gastrită cronică, colecistită cronică și boli funcționale ale sistemului nervos central, totalizînd 7 356 de zile. Din acestea, 154 (2 049 de zile) au avut gastrită cronică. Majoritatea acestor 154 de bolnavi au fost trimiși în staționar cu diagnostice greșite (intoxicații alimentare, boală ulceroasă, apendicită etc.), ceea ce denotă că ei nu au fost în mod conștiincios consultați la policlinică. S-a constatat că la acești bolnavi nu s-au făcut : analiza sucului gastric, radioscopia etc. Autorii consideră că, dacă acești bolnavi ar fi fost bine consultați, ei puteau fi tratați la domiciliu. De asemenea, la bolnavii ieșiți cu diagnosticul de colecistită (169 de bolnavi — 3 960 de zile) nu s-au făcut, în policlinică, analiza sîngelui, analiza sucului duodenal, iar o serie de bolnavi au fost internați fără indicații obiective.

Pentru îmbunătățirea calității diagnosticelor la nivelul policlinicii, autorii propun dotarea policlinicilor cu aparate de electrocardiografie, aparate Röntgen portative, aparate de metabolism bazal, lărgirea capacității laboratoarelor existente, și utilizarea acestor mijloace de diagnostic de către medici.

Autorii ridică problema bolnavilor „cronici", cu boală ulceroasă, pneumonie cronică, arterioscleroză etc., care periodic se internează în staționar. Sarcina de prevenire a recidivelor acute la acești bolnavi aparține rețelei de policlinică care trebuie să influențeze condițiile de muncă și de trai ale acestor bolnavi, alimentația lor dietetică, trimiteri în sanatorii etc.

În concluzie, examinarea și tratarea precoce a bolnavilor în policlinici, trimiterea justificată în staționar și lărgirea dispensarizării, vor putea îmbunătăți spitalizarea bolnavilor, vor reduce supraaglomerarea staționarelor și vor duce la îmbunătățirea asistenței bolnavilor în staționar.

T. Huszar

O ANCHETĂ SPITALICEASCĂ

H. Péquignot, M. Magdelaine, J. Estève

Semaine médicale, 1956, nr. 44,

p. 1 369—1 384

Articolul prezintă rezultatele unei anchete sistematice efectuate timp de 11 luni în Clinica medicală „Hôtel-Dieu" din Paris. Acest serviciu de medicină generală pentru adulți internează toate cazurile de boală, în afară de cele care se adresează direct maternității sau serviciului de chirurgie. Ancheta efectuată asupra celor 2 217 bolnavi, care au trecut prin această clinică în intervalul arătat mai sus, a urmărit două scopuri:

1. punerea la punct a unei metode practice de anchetă asupra bolnavilor spitalizați (pe probleme medicale, sociale și administrative) ;

2. informare asupra clientelei acestui serviciu spitalicesc (a) date sociologice despre populația deservită real ; b) date interesînd funcționarea administrativă a spitalului ; c) date asupra morbidității spitalicești).

Ancheta s-a efectuat prin completarea unei fișe medico-sociale pentru fiecare bolnav. Omogenitatea materialului s-a realizat prin faptul că o singură echipă a efectuat această operație (inclusiv punerea diagnosticului).

Rezultate mai interesante sînt găsite cu privire la clientela acestei clinici la capitolul „mod de internare" : 49,8% din totalul internărilor în perioada anchetată s-au făcut de urgență. Dintre aceste internări de urgență, 54% s-au făcut prin prezentarea spontană a bolnavilor la spital, iar restul bolnavilor au fost îndrumați spre spital de un medic din oraș. Analizînd decesele față de modul de internare, autorii au găsit următoarea situație :

	Veniți singuri			Trimiși de medic		
	nr.	decese	%	nr.	decese	%
Internați urgent	557	60	10,8	469	88	18,8
Consult. de gardă . . .	391	20	5,3	271	27	10
Consult. serv.	81	3	3,7	223	19	8,5
Total :	1 029	83	8	963	134	13,9

Comparînd situaţia morbidităţii cu tabloul cauzelor de deces, autorii trag concluzia că singura bază valabilă a statisticii morbidităţii o constituie o statistică a deceselor autopsiate.

Autorii au făcut în fiecare fişă propuneri privind măsurile sociale care ar trebui luate pentru rezolvarea deplină a cazurilor spitalizate (transfer în alte instituţii de specialitate, spitalizare la domiciliu, readaptare profesională etc.).

Centralizarea datelor privind propunerile făcute şi compararea lor cu măsurile luate la ieşirea din spital a bolnavilor a arătat că Franţa nu dispune de o gamă suficient de variată de instituţii capabile să răspundă nevoilor populaţiei. Lipsesc instituţii specializate pentru plasarea bolnavilor cronici care prezintă boli acute, pentru plasarea cronicilor în vederea reeducării lor momentane (hemiplegici), pentru plasarea cronicilor mintali (senili), pentru plasarea marilor invalizi, pentru plasarea cronicilor incurabili ; lipsesc case de regim (pentru obezi, diabetici) pentru alcoolicii recuperabili, pentru tulburări mintale uşoare ; lipsesc de asemenea instituţii pentru readaptarea profesională, instituţii pentru asociali recuperabili, instituţii pentru asociali nerecuperabili. La fel, problema schimbării locuinţei, recomandată la multe cazuri la ieşirea din spital pentru a contribui la refacerea şi menţinerea sănătăţii pacienţilor, s-a dovedit imposibil de abordat şi a fost, de altfel, lăsată complet deoparte la prelucrare.

În ceea ce priveşte posibilitatea spitalizării şi a îngrijirii la domiciliu a bătrînilor, există posibilităţi create, dar insuficiente ca volum.

În afara discuţiei asupra dificultăţilor metodologice pe care le-a ridicat această cercetare, sînt subliniate dificultăţile care reies din existenţa unor diagnostice multiple, din insuficienţele găsite la codurile de morbiditate existente etc., ancheta aceasta reprezentînd doar un început în cadrul activităţii de acest gen în Franţa.

Adriana Dumitrescu

SERVICIUL NAŢIONAL AL MEDICILOR ÎN BELGIA

Semaine médicale, 1956, nr. 43, p. 1 333—1335

Medicii belgieni au organizat, cu sprijinul organizaţiilor medicale profesionale din Belgia, un „Serviciu naţional al medicilor" care îşi propune scopul de a realiza o medicină socială.

Acest serviciu naţional are ca obiectiv asistenţa medicală a tuturor persoanelor (asigurate sau nu), al căror venit nu depăşeşte : 100 000 de franci pentru asigurat (sau cap de familie) ;

25 000 de franci pentru soţie ;

10 000 de franci pentru persoanele în întreţinere ; onorariul pentru această asistenţă medicală este determinat, la fel ca şi plafonul veniturilor persoanelor care beneficiază de acest serviciu, de guvern şi de sindicatele medicale, fiind armonizat cu tariful de asigurări sociale.

În acest Serviciu naţional, medicii se angajează pe baza unor contracte individuale. Lista medicilor cu contracte este pusă la dispoziţia populaţiei care poate alege liber instituţia medicală şi medicul. Rambursarea se face pe bază de chitanţe nominale, semnate de medic.

În articolul de faţă, care citează adresa explicativă primită din partea sindicatelor medicale belgiene, se arată că Serviciul naţional al medicilor din Belgia urma să înceapă să funcţioneze la 29 octombrie 1956, avînd încheiate contracte cu 65% din totalul medicilor belgieni şi se apreciază că cca. 3/4 din populaţia ţării va beneficia de această organizaţie.

Stabilirea şi controlul concediilor pentru incapacitatea de muncă este atribuită, în cadrul acestui sistem, unor medici consilieri ai organelor de asigurări, iar determinarea gradului şi duratei de invaliditate o fac comisii speciale, pe baza propunerii aceloraşi medici consilieri.

A. Dumitrescu

ÎMBĂTRÎNIREA POPULAŢIEI ŞI PROBLEMELE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Semaine médicale, 1956, nr. 12, p. 415—417

Articolul cuprinde cîteva elemente din discuţiile tehnice care au avut loc cu prilejul celei de a 5-a sesiuni a Comitetului regional al Europei (Organizaţia mondială a sănătăţii).

Se arată în articol că proporţia populaţiei care a depăşit vîrsta de 65 de ani creşte neîncetat în cadrul multor ţări, mai ales în regiunile foarte industrializate, unde nu este rar ca această proporţie să atingă 10% din totalul locuitorilor. În Germania, de exemplu, această proporţie, care era de 4,8% în 1 880 şi de 7,7% în 1939, este astăzi

de 10% şi se prevede ridicarea ei la 13% în 1972.

Această îmbătrînire a populaţiei pune serviciilor sanitare şi sociale probleme de o importanţă considerabilă. Industrializarea, lipsa de locuinţe şi transformările de ordin general, survenite în structura societăţii a numeroase ţări occidentale, au antrenat o dislocare a legăturilor familiale. Din ce în ce mai multe persoane bătrîne se lovesc de dificultatea de a-şi păstra locul în sînul familiei, mai ales atunci cînd sînt lipsite de resurse financiare sau cînd se îmbolnăvesc. Iată de ce, în ţările occidentale, statul se vede silit să se ocupe din ce în ce mai mult de această categorie de populaţie.

Locul cel mai important printre aceste preocupări îl ocupă problema organizării îngrijirii la domiciliu a bătrînilor, mai ales cu scopul realizării unei economii faţă de îngrijirea oferită în spitale, a căror regie este considerabilă. În schimb, această îngrijire la domiciliu implică colaborarea unui numeros personal competent, lucrînd în echipă : practicieni de medicină generală, infirmiere calificate, auxiliare medicale de categorii diverse etc. Lipsa unui număr suficient de asemenea cadre specializate reprezintă greutatea cea mai mare în această problemă. Articolul mai semnalează problema organizării unei activităţi profesionale a bătrînilor, ca element cu deosebită valoare terapeutică. Se arată că, în problema prevenirii îmbătrînirii, sînt în curs studii importante, dar că, deocamdată, activitatea profilactică trebuie să se mulţumească cu prevenirea îmbolnăvirilor şi cu tratamentul precoce al diverselor tulburări pentru a nu se diminua capacitatea de muncă şi a se preveni îmbătrînirea populaţiei. În ceea ce priveşte spitalizarea, articolul propune crearea a două categorii de spitale : pentru boli cronice şi pentru boli acute. Pe problemele de igienă mintală, se propune înfiinţarea de clinici şi centre speciale de consultaţie pentru persoanele bătrîne.

A. Dumitrescu

EXPERIENŢA ORGANIZĂRII MUNCII INTERNIŞTILOR DE CIRCUMSCRIPŢIE ÎN SPITALUL UNIFICAT ORĂŞENESC

N. G. Orlov

Sovetskoe zdravoohranenie, 1956, nr. 5

Autorul redă experienţa unui spital care lucrează în sistemul bifazic şi consideră că este un sistem mai bun decît cel ciclic, fiindcă prin ridicarea zilnică a calificării medicului se îmbunătăţeşte calitatea asistenţei medicale a populaţiei. Sistemul ciclic, după autor, nu dă posibilitate medicului de a fi îndrumat în activitatea lui de medici calificaţi.

În sistemul bifazic şeful secţiei are posibilitatea de a conduce activitatea medicilor de circumscripţie în staţionar, policlinică şi teren. În spital s-au organizat mici secţii de boli interne cu 25—35 de paturi la 10 000—12 000 de locuitori teritorializaţi la trei circumscripţii. Medicul-şef de secţie conduce numai 6 medici de circumscripţii. Medicul-şef de secţie lucrează primele 5 ore în staţionar, iar de la 14 la 17 lucrează cu medici consultanţi în policlinică şi pe teren (medicul-şef de secţie are 1¼ normă). Sistemul de muncă în felul acesta s-a dovedit bun şi pentru bolnavi şi pentru medici.

În spital există postul de internist principal al spitalului. El în fiecare dimineaţă conduce o conferinţă a medicilor de circumscripţie, unde, în prezenţa directorului adjunct de policlinică şi a şefilor de secţie, fiecare medic de circumscripţie referă cazurile mai importante din teren din ziua trecută. Internistul principal dă sfaturi şi indicaţii privind tratarea bolnavilor gravi la domiciliu.

Pentru îmbunătăţirea muncii de teren fiecare medic de circumscripţie este eliberat de munca de staţionar cite 2 luni pe an şi asigură consultaţii la cabinetul de interne în permanenţă 10 ore pe zi.

Sistemul bifazic este bine apreciat de medici şi duce la o asistenţă medicală de un nivel superior.

T. Huszar

DEZVOLTAREA MEDICINEI MODERNE. O INTERPRETARE A FACTORILOR SOCIALI ŞI ŞTIINŢIFICI IMPLICAŢI

THE DEVELOPMENT OF MODERN MEDICINE. AN INTERPRETATION OF THE SOCIAL AND SCIENTIFIC FACTORS INVOLVED

Shryock, Richard Harrison

London, Victor Gollancz, 1948, 384 p.

Lucrarea nu este un studiu tehnic de istorie a medicinei, ci o încercare de a prezenta anumite aspecte istorice şi sociale. Faptul că practica medicală se referă la cele mai vitale interese

ale individului și națiunilor este ideea de bază de la care pornește autorul.

Autorul — după afirmațiile sale — încearcă în această lucrare să coreleze istoria medicinei cu istoria sănătății publice și să dea atenție în cadrul acestei lucrări, în afara factorilor de natură strict științifică, și factorilor sociali care au contribuit la alcătuirea medicinei moderne.

Alcătuită pentru uzul medicilor, chimiștilor, asistentelor sociale și al publicului, cartea cuprinde istoria dezvoltării medicinei moderne începînd cu secolul al XVII-lea, în primul rînd Italia, Olanda, Franța, Germania, Anglia și Statele Unite. Atunci cînd este vorba de fapte de un interes deosebit de ordin medical, survenite în alte țări decît acestea, ele sînt de asemenea amintite.

Materialul prezentat este grupat în următoarele capitole :

1. Primele încercări de a se înființa o știință fizică (1600—1700).
2. Parțiala nereușită a științei fizice (1700—1800).
3. Factorii sociali în medicină după 1700.
4. Progrese recente față de o știință obiectivă între 1750—1800.
5. Primele contribuții ale fizicii (medicinei) și medicilor la sănătatea publică (Public Welfare) între 1750 și 1800.
6. Știința într-o epocă romantică (1800—1850).
7. Medicina și „științele de bază".
8. Medicină, matematică și științe sociale.
9. Influența medicinei franceze în Europa și America.
10. Apariția medicinei moderne.
11. Medicina modernă în Germania între 1830 și 1880.
12. Medicina și mișcarea de sănătate publică între 1800—1880.
13. Pierderea încrederii publicului în medicină.
14. Triumful medicinei moderne (1870—1900).
15. Alte progrese și unele consecințe ale acestora.
16. Recîștigarea încrederii publicului în medicină.
17. Un progres întîrziat în lupta împotriva bolii mintale.
18. Practica medicală într-o societate în transformare (1880—1930).
19. Experiența americană.
20. Unele probleme contemporane.

Index.

A. Dumitrescu

PRINCIPII ȘI REALIZĂRI ÎN DOMENIUL IGIENEI ȘI PROFILAXIEI MINTALE
PRINCIPES ET REALISATIONS EN MATIÈRE L'HYGIÈNE ET DE PROPHYLAXIE MENTALES

H. Duchene

Semaine médicale, 1956, nr. 41, p. 1 261—1 277

Problemele de igienă și profilaxie mintală sînt probleme medico-sociale, adică dintre cele care pun pentru o colectivitate probleme depășind în mod necesar raportul medic-bolnav. Aceasta implică o acțiune corespunzătoare din partea societății.

În unele locuri s-a realizat o coordonare remarcabilă la preluarea de către o singură echipă medico-socială a tuturor activităților psihiatrice pentru o populație anumită. Dar, deși problema medico-socială a igienei și a profilaxiei mintale este legată în mod esențial de ansamblul activităților psihiatrice, ea le depășește încă cu mult. De aceea, autorul crede necesară luarea în discuție a activității de igienă și profilaxie mintală în cadrul unui serviciu raional specializat, ca și o serie de măsuri de igienă și profilaxie mintală în afara acestor servicii specializate (printre care citează necesitatea înființării creșelor la locul de muncă, predarea unor noțiuni de igienă mintală medicilor practicieni).

Autorul crede că activitățile terapeutice psihiatrice nu pot fi separate în tratamente fizice și de psihoterapie ; psihoterapia constituie una din tehnicile de care dispune astăzi psihiatrul pentru tratarea tulburărilor mintale de toate categoriile. De asemenea, crede că nici o activitate de igienă mintală propriu-zisă nu poate fi separată de organizarea generală a asistenței psihiatrice. Principiile în igiena mintală, ca și în epidemiologie, sînt :

— centrarea efortului în zonele și asupra indivizilor care prezintă tulburări evidente, accentuînd asupra rentabilității superioare a măsurilor preventive, atunci cînd ele sînt posibile ;

— examinarea în masă, chiar cînd o depistare sistematică a populației nu poate fi realizată. Aceste examene, chiar dacă confirmă numai starea normală, permit să fie cuprinși toți cei susceptibili să beneficieze de instituțiile terapeutice ;

— structura generală administrativă cu echipe locale medico-sociale avînd în

sarcină depistarea, postcura, bazîndu-se pe instituțiile terapeutice existente.

În ceea ce privește psihanaliza, se arată puținul randament pe care-l poate da un specialist. Cu tehnica actuală riguroasă și satisfăcătoare, nu s-ar putea asigura decît 1% din totalul indicațiilor susceptibile a fi puse în Franța pînă în anul 2000. Ca atare, vor trebui găsite noi tehnici, mai economice și eficiente.

A. Dumitrescu

ACTIVITATEA SERVICIILOR MEDICALE INTERÎNTREPRINDERI, 10 ANI DE LA PROMULGAREA LEGII DIN 11 OCTOMBRIE 1946

Gh. Adam, L. Kusterer

Raport ținut la 26 mai 1956 în cadrul Societății de medicină și igienă a muncii din Strasbourg, la Montbéliard-Sochaux (Doubs) și publicat în *Archives des maladies professionelles de médicine du travail et de securité sociale.* Tome 17, 1956, nr. 5, p. 480—491

Lucrarea analizează situația organizării asistenței medicale a muncitorilor din Franța la 10 ani de la apariția legii care a reglementat aceasta.

Serviciile medicale interîntreprinderi se adresează la un număr mare de salariați, deoarece în micile întreprinderi cu aproximativ 50 de salariați se găsesc 9 milioane muncitori, în timp ce în întreprinderile mijlocii și mari lucrează 3 milioane. Serviciile medicale interîntreprinderi reprezintă forma principală de medicină a muncii.

Analizînd normarea acestor servicii, autorii sînt de părere că practic supravegherea medicală a tinerilor nu se poate face din lipsă de timp. De asemenea, se remarcă faptul că două treimi din timpul lor medicii acordă asistență și numai o treime face ceea ce s-ar putea numi profilaxie (supravegherea condițiilor de muncă).

Autorii arată că pentru un examen medical conștiincios — fie de angajare, fie periodic — este nevoie de 20 de minute. Timpul nu este suficient pentru munca medicală, din cauza normării prea strînse.

Există adesea situații cînd nu se poate face comasarea întreprinderilor în jurul unui serviciu medical comun, din cauza distanței mari dintre ele sau pentru că nu reunesc un număr de salariați suficient pentru a pretinde un medic.

Dacă acum 10 ani se găseau puțini medici care doreau să vină în întreprinderi, azi se găsesc mulți care doresc să lucreze — cu ceea ce numim noi, norma de bază — în aceste servicii. Trebuie subliniat că medicii de întreprindere în Franța nu au dreptul să aibă clientelă particulară. Autorii sînt de părere că exercițiul medicinei muncii cere cunoștințe speciale care nu se pot improviza și de asemenea necesită un stagiu în serviciile de medicină a muncii.

Faptul că salariații au mai mult un vot consultativ, atunci cînd se numește sau se eliberează un medic în aceste servicii, determină o anumită instabilitate a cadrelor.

Medicul de medicină a muncii are nevoie de un personal ajutător calificat pentru secretariat. Se propune o stenodactilografă cu cunoștințe medicale și mai puțin o infirmieră cu cunoștințe de dactilografie.

Localul serviciului trebuie să fie permanent același, bine dotat, cu aparat de radiologie, un mic laborator și cu un fișier. Aplicarea principiului după care medicul trebuie să meargă la bolnav impune amenajarea în localul întreprinderilor a unor mici cabinete. Autorii arată că întreprinderile amenajează greu cabinete pentru aceste servicii. Se propun servicii medicale mobile, pe autocamioane, sau utilizarea anumitor instituții medicale municipale — spitale, dispensare — care să deservească și pe salariații organizați în servicii medicale interîntreprinderi. Și în ceea ce privește dotarea, întreprinderile nu se preocupă suficient. Autorii propun fixarea prin lege a unei dotări minime obligatorii a serviciului medical, din care să nu lipsească aparatul de radiologie.

Serviciile medicale cu mai mulți medici își organizează munca pe principiul repartiției teritoriale și efectuează : vizite de angajare, vizite periodice cu rol preventiv, examenul tinerilor muncitori, recomandări pentru schimbarea locului de muncă sau reluarea muncii, examenele gravidelor, recomandări pentru reeducarea profesională, supravegherea anumitor bolnavi, tratarea și prevenirea accidentelor de muncă și bolilor profesionale, studiul condițiilor de igienă și a locurilor de muncă, colaborare cu conducerile întreprinderilor.

Există greutăți în relațiile acestor servicii cu alți medici care dau certificate de complezență pentru concediu medical sau inaptitudine pentru un anumit loc de muncă. Autorii propun ca inspectorii

Inspecției medicale a muncii să lucreze în regimul normei de bază în aceste probleme.

Calculul cheltuielilor pentru medicina muncii arată că patronii dau o contribuție de 0,3 din totalul de 100 de salarii supuse cotizației de securitate socială. Cheltuielile de deplasare pentru medic variază în jurul cifrei de jumătate de milion franci pe an. Cauza acestor cheltuieli mari este faptul că nu toți medicii au norma de bază la serviciul interîntreprindere, ceea ce creează un mare număr de deplasări.

Amortizarea localului și inventarului medical intră în cheltuieli de întreținere. Se observă adesea că serviciile medicale interîntreprinderi costă mai mult proporțional, decît cele ale marilor întreprinderi care au servicii proprii autonome.

Autorii fac apel la medici să reducă timpul de așteptare la cabinet al salariaților. Se propune organizarea unor servicii specializate în examene medicale pentru boli profesionale, care să fie mai ieftine (examenele pentru boli profesionale se plătesc de patroni). În general, medicina muncii costă scump și cauza este, după autori, faptul că: „o medicină a muncii ineficace este totdeauna prea scumpă".

A. Pescaru

PROIECTUL TEHNIC ȘI ÎNZESTRAREA SPITALELOR

THE DESIGN AND EQUIPMENT OF HOSPITALE

Ward Roland

Londra, Baillieres, Tindall and Cox, 1949, vol. XVI + 360 p.

Autorul urmărește să ofere informațiile esențiale necesare pentru realizarea unui plan de construcție a unui spital, în așa fel încît acesta să-și îndeplinească funcțiile sale care sînt: vindecarea pacientului în mod rapid, eficient și comod.

Această lucrare este redactată și pentru uzul comitetelor de conducere ale spitalelor, care sînt chemate să avizeze într-o serie de probleme conform responsabilităților care le revin.

La început sînt oferite considerații asupra formulării planului de construcții, asupra amplasamentului și așezării spitalului. Se arată apoi cum trebuie întocmit planul în funcție de *nevoile administrative* (posibilitățile de comunicare între secțiile spitalului, organizarea cît mai bună a localului pentru secția administrativă, locuințele personalului, centrala de energie electrică, cămară, bucătăria, săli de mese, lenjerie, spălătorie, etuvă de dezinfecție, garaj, morgă); de *nevoile medicale* (privind primirea bolnavilor, serviciile de consultații, serviciul de chirurgie, de boli venerice, maternitatea, serviciile de stomatologie, oftalmologie, laboratoarele, farmacia, saloanele de bolnavi — cu dimensiuni, aranjament, dotare și anexe, solarii, camera de sterilizare, secția de radiodiagnostic, radioterapie, blocul operator, secții pentru cronici, tuberculoză, copii, psihiatrie. Sînt date recomandări separate pentru organizarea acelor secții de specialitate cu caracter de provizorat, menite a primi bolnavi numai pentru precizare de diagnostic, cum sînt cele de tuberculoză, și recomandări pentru organizarea acelor secții care primesc bolnavi în mod definitiv, cum sînt cele pentru bolnavii cronici sau maternitățile).

Lucrarea cuprinde și proiecte de construcții de spitale de profil, specializate: spitale de tuberculoză, spitale pentru cronici, spitale de izolare. Sînt menționate de asemenea elemente de tehnică de construcții, privind materialul, instalațiile sanitare, probleme de acustică, aprovizionarea cu apă, eliminarea reziduurilor, ventilație, încălzit, luminat. Nu sînt prezentate de loc date referitoare la mobilier.

A. Dumitrescu

BIBLIOGRAFIA LUCRĂRILOR DE ORGANIZARE SANITARĂ, LEGISLAȚIE SANITARĂ ȘI ISTORIA MEDICINEI

ORGANIZARE SANITARĂ

1. ACKERMANN E. — Cu privire la sarcinile și condițiile de muncă ale surorii medicale comunale la țară. *Ztschr. ärtztl. Fortbild*, 1956, nr. 14, p.615 (în limba germană).
2. ADAM CH. și KUSTERER L. — Funcționarea serviciilor medicale pe întreprinderi comasate, la 10 ani după promulgarea legii din 11 octombrie 1946. *Arch. maladies prof.* 1956, nr. 5, p. 480—491 (în limba franceză).
3. AHUNDOV V. — Mișcarea populară din Geokciaisk-Azerbaidjan. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 24—30 (în limba rusă).
4. ALBRECHT H. H. — Observații asupra noului decret cu privire la căsătorie și divorț. *Dtsch. Gesundheitsw.* 1956, nr. 27, p. 931 (în limba germană).
5. ANDERSON R. J., SAUER M. J., SMITH V., ROBERTS D. E. — Pacientul de tuberculoză nespitalizat. Implicațiile programului de asistență. *Public Health Reports*, 1956, nr. 9, p. 888—895 (în limba engleză).
6. ANGHELOV, GHERGHI — Conferința internațională de la Varna asupra spitalului unificat. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 46, din 10 noiembrie, p. 4.
7. ANTONIUK R. S. — Experiența dispensarizării muncitorilor uzinei. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 42—46 (în limba rusă).
8. Asigurarea pentru sănătate în Marea Britanie între 1911—1948. *Social Security Series Memorandum*, nr. 11, Ottawa, Canada, Research Division, Department of National Health and Welfare, 1952, 163 p. (în limba engleză).
9. ASNES M. I. — Participarea spitalului clinic regional la deservirea medicală a populației orășenești. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 19—20 (în limba rusă).
10. ATAHANOV E. I. — Sarcinile imediate ale științei medicale în Uzbechistan. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 7 (în limba rusă).
11. AUMANN A. — Calificare specială pentru medicii directori ? *Ztschr. ärtztl. Fortbild.*, 1956, nr. 12, p. 522 (în limba germană).
12. BAHDER — Din sarcinile surorii de caritate a unei clinici de femei. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 6, p. 196 (în limba germană)
13. BAKULEV A. N. — Al XX-lea Congres al Partidului Comunist al Uniunii Sovietice și sarcinile științei medicale. Analele romîno-sovietice, *Medicina generală*, 1956, nr. 4, p. 5—11 ; *Vestnik Akademii mediținskih nauk S.S.S.R.*, 1956, nr. 2.
14. BARAT S. S., ILINA-PETROVA S. S., SUMAKOV A. P. — Despre morbiditatea în rîndul corpului profesoral și didactic al facultăților. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 49—50 (în limba rusă).
15. BARES V. — Grija pentru sănătatea copiilor în Cehoslovacia. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 7, p. 205 (în limba germană).
16. BARKMAN E. M. — Recenzia cărții lui G. Z. Pițhelauri „Organizarea deservirii medico-sanitare a muncitorilor industriei petrolifere din U.R.S.S." *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 61—62 (în limba rusă).
17. BARSUKOV M. I. — Sarcinile ocrotirii sănătății în lumina hotărîrilor celui de-al XX-lea Congres al P.C.U.S. *Sovetskaia mediține*, 1956, nr. 5, p. 3 (în limba rusă).

18. BASS M. M — Ajutorul consultativ al institutului de medicină. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 15 (în limba rusă).
19. BATKIS G. A. — Contribuții la utilizarea unei metode de elecție pentru studiul morbidității generale a populației. *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 6, p. 56 (în limba rusă).
20. BILÎK A. A. — Activitatea punctului sanitar din întreprinderile industriale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 42 (în limba rusă).
21. BLAGODARNÎI I. A. și BUKAEV N. B. — Rezultatele dispensarizării populației în regiuni cu pășuni pentru creșterea vitelor. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 50 (în limba rusă).
22. BOGATIREV I. D. — Normativele asistenței medicale acordate populației din orașe. Analele romîno-sovietice, *Ig. și org. sanitară*, 1956, nr. 5, p. 82—92 : *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 1.
23. BOROZDIU I. G. — Din experiența proiectării și construcției spitalelor în Suedia și Franța. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 7—12 (în limba rusă).
24. BRIT FERNE HOBSON și JAKCS H. MARGARET — Costul asistenței bătrînilor și infirmilor din căminele din Florida. *Public Health Reports*, Washington, 1955, nr. 8, p. 735—741 (în limba engleză).
25. BRULL LUCIEN — Examenele medicale la angajare. *Archives belges de médecine sociale*, 1956, nr. 4, p. 183—187 (în limba franceză).
26 BUHOVET V. I. ș.a. — Experiența studierii morbidității cu pierdere temporară a capacității de muncă la muncitorii din S.M.T. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 18 (în limba rusă).
27. BULASEVA E. D. — Analiza eficienței asistenței curativo-profilactice după materialele S.M.S.-ului. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 8—9 (în limba rusă).
28. CADARIU GH. — Cîteva aspecte privind activitatea sanitaro-antiepidemică în Republica Democrată Germană. *Igiena*, 1956, nr. 4, p. 80—84.
29. Cercetarea de teren (pentru cunoașterea tulburărilor capacității de muncă profesională a celor cu deficite organo-funcționale). *Revista Ministerului prevederilor sociale*, 1956, nr. 3, p. 53—60.
30. CHESBRO P. WAYNE — Medicina organizată și dezastrele (calamitățile) civile. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 162, nr. 10, p. 985—988 (în limba engleză).
31. CIAPLIUK M. I. și LAVROVA I. G. — Studiul morbidității însoțite de pierderea temporară a capacității de muncă. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 22 (în limba rusă).
32. CIJOVA N. I. și L. A. DUNAEVSKAIA — Din experiența examenelor profilactice ale populației rurale. Analele romîno-sovietice, *Medicina generală*, 1956.
33. CIUCĂ M. — Aspecte din lupta antimalarică în țara noastră. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 44, din 27 octombrie, p. 3.
34. CIUCĂ M. Eradicarea malariei, stadiul actual al desfășurării acțiunii antipaludice în R.P.R., în complexul vast al problemei extinse pe plan mondial. *Microbiologie, epidemiologie*, 1956, nr. 1, p. 56—63.
35. CLAINVILLE A. C. — Dicționar poliglot pentru termeni medicali francez-englez-german-latin, ed. a 2-a, Paris, Sipneo, 1953, 1 152 p.
36. Clasificarea statistică a bolilor, accidentelor și cauzelor de deces. Praha, S.Z.N., 1956, 95 p. (în limba cehă).
37. CORNELY B. PAUL — Segregarea și discriminarea în asistența medicală în Statele Unite. *American J. Public Health*, 1956, nr. 9, p. 1 074—1 081 (în limba engleză).
38. CRONIN W. JOHN — Anchetă asupra serviciilor medicale și spitalicești și program de construcții. J.A.M.A., 1956, vol. 162, nr. 7, p. 633—634 (în limba engleză).
39. CSUTAK ș.a. — Morbiditatea prin afecțiuni oto-rino-laringologice la copiii de vîrstă școlară din comuna Baciu, raionul Stalin. *Oto-rino-laringologie*, 1956, nr. 1, p. 66—69. După titlu, autorii : Csutaki, D. Grigoraș, V. Cojocaru.
40. CZAPPAN E. — Importanța socială a serviciului de stomatologie școlară și sarcinile noastre. *Népegészségügy*, 1956, nr. 8, p. 208 (în limba maghiară).
41. DAVIES I. G. — Sănătatea publică modernă pentru studenții în medicină. Londra, Edward, Arnold (Publishers) Ltd 1955, 480 p. (în limba engleză).
42. DEICIMAN E. I. — Întocmirea hărților statistice anuale în ambulatoarele din fabrici. *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 7, p. 41 (în limba rusă).

43. DININ M. E., SUB E. L. — Munca de scădere a morbidității prin anghină. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 4—5 (în limba rusă).
44. DOBRIN A. — Ocrotirea sănătății în statul Victoria (Australia) *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 56 (în limba rusă).
45. DOGIE N.V. — Eficiența măsurilor de depistare la timp a tuberculozei *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 33 (în limba rusă).
46. DÖLL H. — Despre igiena în spital. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 11, p. 325—328 (în limba germană).
47. DONIGHEVICI M. I. — Aviația sanitară și asistența medicală consultativă planificată în mediul rural. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 53 (în limba rusă).
48. DUCHÊNE H. — Principii și realizări în materie de igienă și profilaxie mintală. *Semaine médicale*, 1956, nr. 41, p. 1 261—1 277 (în limba franceză).
49. DUNN L. HALBERT și MORT GILBERT — Sănătatea publică începe în familie. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 10, p. 1 002—1 010 (în limba engleză).
50. ERMAKOV M. V. — Spitalul orășenesc în lupta pentru scăderea morbidității în întreprinderile industriale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 29 (în limba rusă).
51. ERMAKOV M. V. și SAVCENKO M. G. — Perfecționarea la cursuri fără frecvență a cadrelor sanitare de conducere. *Sovetskaia mediţina*, 1956, nr. 7, p. 74 (în limba rusă).
52. Familia, un punct central în educația sanitară. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 10, p. 1 011—1 031 (în limba engleză).
53. FELDMAN-BOLEA M. — Activitatea surorii de ocrotire la Centrul antidiabetic din București, *Munca sanitară*, 1956, nr. 4, p. 370—375.
54. FLOREA L. — Să ridicăm calitatea asistenței medicale în S.M.S.-uri. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 52, din 22 decembrie, p. 4.
55. FUCHS M. S. — Scopurile și activitățile Biroului internațional al muncii în domeniul igienei și securității muncii. *Arch. maladies prof.*, 1956, nr. 5, p. 492—493 (în limba franceză).
56. GARTNER A., KELEMEN A., BRATU V. — Probleme privind elaborarea unui sistem de specializare a medicilor din R.P.R. *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 236—245.
57. Mc. GAVRAN, G. EDWARD — Diagnosticul științific și tratamentul colectivității considerată ca pacient. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 162, nr. 8, p. 723—727 (în limba engleză).
58. GAVRILOV N. I. — Despre organizarea legăturii și continuității în deservirea muncitorilor întreprinderilor industriale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 46—48.
59. GEBER A. — Considerații cu privire la farmaciile de circuit închis și cele de circuit deschis. *Farmacia*, 1956, nr. 4, p. 347—351.
60. GERCKE W. — Posibilitatea de control și ușurarea tehnică: cu privire la prelucrarea sistematică a unor lucrări științifice de statistică cu ajutorul formulelor și progresiilor matematice. *Rev. ges. inn. Med.*, 1956, nr. 15, p. 717 (în limba germană).
61. GOERTZ M. și UNSELD D. W. — Dicționar medical al limbii germane și engleze, ed. a 2-a, Stuttgart, Wiss Verlagesges 1949, 406 p.
62. GOLDE, ZOFIA ZLOBEK — Creșa. Organizarea și conducerea. Warszawa, *P.Z.W.L.*, 1956, 222 p. cu ilustr. (în limba polonă).
63. GOLOVCINER E. I. — Aprecierea capacității muncii spitalelor rurale, luînd drept criteriu indicii letalității. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 37 (în limba rusă).
64. GOOSENS J. F. — Inspecția medicală școlară: slăbiciunile sale și reforma sa. *Archives belges de médecine sociale*, 1956, nr. 4, p. 165—182 (în limba franceză).
65. HEMPEL H. C. — Pregătirea surorii puericultoare și activitatea ei în creșe și cămine. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 6, p. 193 (în limba germană).
66. HMALADZE A. G. — Studierea alimentației populației prin metoda anchetelor statistice. *Voprosî pitania*, 1956, nr. 4, p. 53 (în limba rusă).
67. HOFER E. — Considerații asupra ultimilor doi ani de învățămînt profesional prin corespondență. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 6, p. 198 (în limba germană).
68. HRENOVA V. G. — Casele de naștere în R.S.S.U. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 14 (în limba rusă).

69. HUNT M. WINNIFRED — Asistența dentară a copilului foarte mic. *Public Health*, Londra, 1956, decembrie, p. 52—54 (în limba engleză).
70. IENIȘTEA OCTAVIAN — Sarcinile cadrelor medii sanitare care activează în probleme de igiena muncii în sanepiduri. *Munca sanitară*, 1956, nr. 4, p. 355—363.
71. ILEA T., MANU P., CHILIMAN M., LĂPUȘAN L. ș.a. — Dispensarizarea muncitorilor de la o întreprindere metalurgică din București. *Ocrotirea sănătății în* R.P.R., 1956, nr. 3, p. 208—223.
72. ILIESCU GH. — Unele probleme în legătură cu arondarea și organizarea circumscripțiilor sanitare rurale. *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 223—228.
73. Inspectorul de sănătate publică. *Public Health*, Londra, 1956, noiembrie, p. 20 (în limba engleză).
74. IUROVSKI L. O. — Unele probleme ale planificării spitalelor actuale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 20—24 (în limba rusă).
75. JUVJENKO F. I. — Din experiența muncii stației sanitaro-epidemiologice din Kiev. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 32—33 (în limba rusă).
76. IVANOV V. și alții. — Importanța cunoașterii mersului populației pentru problemele de ocrotire a sănătății publice în vederea orientării acțiunilor educativ-sanitare. *Ocrotirea Sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 233—236. După titlu, autorii : I. Ivanov, St. Mantu, St. Steriade.
77. IZRAILOVICI S. D. — Experiența muncii comitetului de sprijin. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 36 (în limba rusă).
78. JAHR G. și WENZEL H. — Profilaxia și calificarea inspectorilor sanitari ai muncii. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 9, p. 283 (în limba germană).
79. JAKAB I. — Activitatea sfaturilor populare din județul Nograd în domeniul sănătății publice. *Népegészségügy*, 1956, nr. 6, p. 146 (în limba maghiară).
80. JANTOSCH M. — Codul de boli și întreprinderea fără medic. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 7, p. 230 (în limba germană).
81. JDANOV V. M. — Problemele epidemiologiei la al XIII-lea Congres unional al igieniștilor, epidemiologilor, microbiologilor și infecționiștilor. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 3—7 (în limba rusă).
82. JEIDURS E. I. — Simplificarea documentării medicale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 27 (în limba rusă).
83. KASIM I. M. — Organizarea asistenței medicale a noilor centre de locuit în pămînturile desțelenite din regiunea Pavlodarski. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 29—31 (în limba rusă).
84. KAGIMOVA K. A. — Metoda dispensarizării bolnavilor de bruceloză. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 37—41 (în limba rusă).
85. KNABE H. — Sănătatea, protecția muncii și igiena la țară. *Das dtsch. Geshw.*, 1956, nr. 44, p. 1 499—1 504 (în limba germană).
86. KOVALENKO I. V. și PINCIUK N. V. — Contribuții la problema morbidității populației după datele pe care le oferă evidența consultațiilor. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 31 (în limba rusă).
87. KRAJCSOVICS P. — Ocrotirea sănătății muncitorilor agricoli. *Népegészségügy*, 1956, nr. 6, p. 151 (în limba maghiară).
88. KRASHOVA L. V. — Analiza activității spitalului raional pe 4 ani. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 23—25 (în limba rusă).
89. KUKOWA A. — Contribuții în problema tratamentului afecțiunilor hepatice și a colecistitelor în sec. XVI. *Die Pharmazie*, 1956, nr. 9, p. 609 (în limba germană).
90. LACK H. — La Congresul internaților sovietici. *Muncitorul Sanitar*, 1956, nr. 45, din 3 noiembrie, p. 1.
91. LĂPUȘAN ION — Prelucrare și grupare în studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă. *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 257—270.
92. LEV M., BURTEVA K. — Spitalele interraionale sînt necesare. *Muncitorul medical* (Med. rabotnik), 1956, nr. 85, p. 5—6.
93. LOKTEVA A. T. — Experiența activității S.M.S.-ului uzinei „Azovstal", *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 6—8 (în limba rusă).
94. LONGHIN S. — Primul simposion internațional asupra bolilor venerice și treponematozelor (Washington, 28 mai și 1 iunie 1956). *Dermato-venerologie*, 1956, nr. 3, p. 265—273.
95. LOUBUSCH J. EDMUND și HARVEY F. LUDWIG — Gradele acordate în 1955

în ingineria sanitară. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 9, p. 945—946 (în limba engleză).
96. Lupta împotriva infecțiilor în U.R.S.S., Praha, *S.Z.N.*, 1956, 137 p. (în limba cehă).
97. LUPU N. GH. — Reumatismul, o importantă problemă a sănătății publice. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 46, din 10 noiembrie, p. 3.
98. MANOZON I. S — Influența bolnavilor care se îmbolnăvesc frecvent asupra nivelului indicilor morbidității. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 17 (în limba rusă).
99. MARCUSSON — Dispensarizarea și sarcinile sale profilactice și terapeutice în combaterea afecțiunilor coronariene, ca și a ulcerelor de stomac și intestine. *Das dtsch. Geshw.*, 1956, nr. 46, p. 1 574—1 579 (în limba germană).
100. MARCUSSON F. D. — Contribuții la organizarea statisticii morbidității generale a populației. *Ghigiena i sanitaria*, 1956, nr. 6, p. 66 (în limba rusă).
101. MARIEV A. N. și KIRKOROVA M. A. — Experiența profilaxiei infecțiilor intestinale la șantierul de construcții al stațiunii hidroelectrice Stalingrad. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 44 (în limba rusă).
102. MARINESCU VOINEA — Principalele probleme de ocrotire a sănătății dezbătute în Conferința internațională de la Kryniță—R. P. Polonă. *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 195—200.
103. MARTIMOR R. ș. a. — Datele statistice asupra frecvenței gastrectomiilor la etilici. *Presse Médicale*, 1956, nr. 60, p. 1 393.
104. MAU I. — Cine trebuie să se intereseze de calificarea „surorii de specialitate" ? *Die Heilberufe*, 1956, nr. 6, p. 198 (în limba germană).
105. MAURANGES P. — Starea sanitară în Belgia. *Semaine médicale*, 1956, nr. 31—32, p. 976—977 (în limba franceză).
106. MEDIANIK R. — Deservirea medicală a copiilor în mediul rural. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 16—17 (în limba rusă).
107. Medicina industrială și igiena. Editată de E.R.A. Merewether vol. 1—3, Londra, Butterwork & Co, 1954 ; vol. 1, 1954, IX + 426 p. cu ilustr. ; vol. 2, 1954, V + 451 p. cu ilustr. + 1 f tab. ; vol. 3, 1956, VII + 617 p. cu ilustr. (în limba engleză).
108. Medicina legală. Medicina socială. Medicina muncii (vol. X din Pratique Médico-chirurgicale), Paris, Masson 1953, 1 028 p. (în limba franceză).
109. Medicul organizator al ocrotirii sănătății (punctul de vedere al Institutului de organizare a ocrotirii sănătății și Istoria medicinei și al catedrelor de organizare sanitară I.M.F. și I.P.S.M.F. București). *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 200—207.
110. MELEHOV D. E. — Medicul de circumscripție rurală și deservirea curativo-profilactică a bolnavilor neuro-psihici. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 25—26 (în limba rusă).
111. Metode de aplicat pentru elaborarea unui program coordonat de acțiune sanitară în zonele rurale. O.M.S. Serie des rapports techniques, Genève, 1954, vol. 83, p. 50 (în limba franceză).
112. Metode și mijloace noi în educația sanitară. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 46, din 10 noiembrie, p. 2.
113. MINCU A., VALERIA STOIAN — Probleme de epidemiologie în combaterea sifilisului florid. Depistarea formelor contagioase de sifilis florid. *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 229—232.
114. MÎRZA D. VASILE — Profesorul Alexandru Țupa (necrolog). *Morfologia*, 1956, nr. 2, p. 99—100.
115. Mișcarea italiană de medicină socială. *Medicina Socială*, Torino, 1956, nr. 2, p. 359—360.
116. MOGHILEVSKI I. A. — Sarcinile institutelor de igienă și a sanepidurilor în legătură cu construcțiile hidrotehnice în cursul celui de al VI-lea cincinal *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 6, p. 60 (în limba rusă).
117. MUHAMEDIAROV G. D. — Asistența medicală a crescătorilor de vite. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 27 (în limba rusă).
118. MÜLLER J. N și BIERMAN P. — Cooperarea între departamentele de sănătate și de asistență socială. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 9, p. 833—838 (în limba engleză).
119. MUNTEANU ANGELA și MARIA TELIA — Ancheta surorii de ocrotire la domi-

ciliul bolnavului canceros din București neprezentat la examenul medical de control. *Munca sanitară*, 1956, nr. 4, p. 375—380.
120. MUREȘAN P. — Metodologia analizei stării de sănătate a populației la nivelul unei secții sanitare regionale. *Ocrotirea sănătății în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 246—257.
121. NEGOESCU I. — Aspecte din combaterea gușii și dezvoltarea endocrinologiei în R. P. Polonă. *Endocrinologia*, 1956, nr. 1, p. 78—81.
122. NEFEDIEVA T. M. și HAZANOV K. M. — Despre unitatea în muncă a sanepidurilor orășenești și a catedrelor de igienă din institutele de medicină. *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 6, p. 70 (în limba rusă).
123. NICOLAU ȘT. S., ȚURAI I., STERESCU N., PRODESCU I. — Unele probleme ale cercetării științifice medicale în R.P.R.. *Lupta de clasă*, 1956, nr. 11, p. 11—17.
124. NIKOLAEVA T. A. — Căile de îmbunătățire a serviciului sanitaro-antiepidemic în R.S.F.S.R. — *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 7, p. 3 (în limba rusă).
125. Normativ pentru proiectarea maternităților 145—56 (București). Edit. Tehnică, 1956, 13 p. + 8 tabele + 1 pl. (Comitetul de stat pentru arhitectură și construcții al Consiliului de Miniștri).
126. Numele și identitatea (ofițerului medical de sănătate). *Public Health*, Londra, 1956, decembrie, p. 39—40 (în limba engleză).
127. O formă de educație sanitară în spital. Importanța individualizării sfatului medical și metodica întocmirii și folosirii memoratorului medical. *Bul. med. reg. Stalin*, 1956, nr. 1, p. 73.
128. ORLOV N. G. — Experiența organizării muncii interniștilor de circumscripție în spitalul unificat orășenesc. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 33—37 (în limba rusă).
129. ORR M. LOUIS — Spre medicina socializată și socialism pe calea administrației (sanitare) a veteranilor. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 162, nr. 9, p. 860—865 (în limba engleză).
130. OSTROVERHOV G. E. — Munca de pregătire a organizatorilor ocrotirii sănătății. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 12 (în limba rusă).
131. OVERHOLT B. M. — Rolul medicinei organizate în dezvoltarea planurilor de sănătate în mediul rural. *American J. Public Health*, 1956, nr. 8, p. 994—997 (în limba engleză).
132. PALIK I. — Rolul medicului școlar în educația fizică. *Népegészségügy*, 1956, nr. 8, p. 214 (în limba maghiară).
133. PALMER G. T. și MERRILL M. H. — Experiența Californiei în pregătirea medicilor de sănătate publică. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 10, p. 1 037—1 040 (în limba engleză).
134. PAMFILOVA Z. V. — Activitatea instituțiilor medicale din R.S.S.U. în scăderea infecțiilor intestinale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 33—34 (în limba rusă).
135. PANITZ R. — O contribuție la calificarea șefilor de sectoare din ocrotirea sănătății. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 6, p. 200 (în limba germană).
136. PARHON ȘTEFĂNESCU C. — Activitatea psihiatrică din țara noastră în cursul anului 1955. *Neurologie, psihiatrie, neurochirurgie*, 1956, nr. 3, p. 21—27.
137. PASCHKE H. — Idei cu privire la construcția și funcționarea spitalelor moderne. Jena, C. Fischer, 1956, VIII + 112 p. cu ilustr. (în limba germană).
138. PĂUNESCU C., LACRIȚEANU V., UDRESCU ȘTEFAN ș. a. — Morbiditatea otorino-laringologică în colectivitățile preșcolare din raionul Grivița Roșie. *Otorino-laringologie*, 1956, nr 1, p. 56—66.
139. Pentru progresul continuu al științei și practicii igienei sanitare. *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 6, p. 3 (în limba rusă).
140. PEQUIGNOT H., MAGDELAINE M., ESTEVE J. — O anchetă spitalicească. *Semaine médicale*, 1956, nr. 44, p. 1 369—1 384 (în limba franceză).
141. PEVZNER S. V. — Sfatul sanitaro-antiepidemic în sistemul de muncă al sanepidurilor, *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 6, p. 63 (în limba rusă).
142. PINKNEY E. R. — Medicul și departamentul de sănătate publică. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 160, nr. 17, p. 1 550 (în limba rusă).
143. PLENCZNER A. — Ocrotirea cardiacilor tineri. *Népegészségügy*, 1956, nr. 3, p. 208 (în limba maghiară).
144. Probleme actuale ale ocrotirii copilului. Pe marginea consfătuirilor de pediatrie de la Arad. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 46, din 10 noiembrie, p. 2.

145. Probleme de igienă rurală. Moskva-Leningrad, Medghiz, 1955, p. 227 cu ilustr. (în limba rusă).
146. RADKIN P. P. — Rezultatele asistenței medico-sanitare a populației în regiuni cu pășuni pentru creșterea vitelor din Cernie zemli. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 44 (în limba rusă).
147. RAGHIMOV A. M. — Să asigurăm munca creatoare a inspectorilor farmaceutici. *Aptecinoe delo*, 1956, nr. 4, p. 36 (în limba rusă).
148. RASSLER R. — Sînt promițătoare examinările de masă în întreprinderi ? *Das dtsch. Geshw.*, 1956, nr. 45, p. 1 530—1 532 (în limba germană).
149. REDETZKY H. — În problema unei pregătiri moderne medicale și în problema medicului de medicină generală *Das dtsch. Geshw.*, 1956, nr. 46, p. 1 572—1 574 (în limba germană).
150. REDETZKY H. — Pregătirea social-igienică a medicului de circumscripție și importanța ei pentru medicii de toate specialitățile cu funcții conducătoare *Das dtsch. Geshw.*, 1956. nr. 36, p. 1 222 (în limba germană).
151. Sarcinile ocrotirii sănătății în domeniul perfecționării tehnice, mecanizării și automatizării industriei noastre. *Das dtsch. Gesundheitsw.*, 1956, nr. 29, p. 990 (în limba germană).
152. RJEVSKI L. A. — Deservirea sanitaro-epidemiologică a populației raionului Isetsk. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 31—32 (în limba rusă).
153. Rolul și atribuțiile surorilor de ocrotirea sănătății populației. (Referat ținut la prima consfătuire pe țară a surorilor la București, între 20 și 22 iunie 1956). *Munca sanitară*, 1956, nr. 4, p. 291—300
154. RONINSON M. I., ALEXANDROV P. P., FILIPOVSKAIA V. I. — Cu privire la justa utilizare a rețelei de paturi. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 30—33 (în limba rusă)
155. ROSENTHAL L. — Ce am văzut în Republica Cehoslovacă (în legătură cu organizarea sectorului farmaciei și al medicamentului). *Farmacia*, 1956, nr. 4, p. 351—353.
156. ROTARU ELLA — Asistența medicală a muncitorilor sanitari. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 50, p. 3.
157. Să acordăm toată grija păstrării sănătății medicului și a capacității sale de muncă. Muncitorul medical (Med. rabotnik), 1956, nr. 82, p. 33—35.
158. SADOVOKASOVA E. A. — Teorie a metodika zdravotniceke statistiky (Teoria și metodica statisticii sanitare). Praha, *S.Z.N.*, 1956, 82 p. (Ministerstvo zdravotniktvi).
159. SAMSONOV I. A. — Trăsăturile progresiste ale noilor spitale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 13—20 (în limba rusă).
160. Să ocrotim cu toată grija sănătatea copilului. *Muncitorul medical* (Med. rabotnik), 1956, nr. 77, p. 1—5.
161. SARICIOVA A. S. — Măsurile punctului de sănătate medical pentru scăderea morbidității muncitorilor uzinei mecanice. *(Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 11 (în limba rusă).
162. SCERBAKOVA M. A. — Activitatea serviciului medico-sanitar al minei nr. 17 „Evdokievka". *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 12—13 (în limba rusă).
163. SCHOEDON P. — A fi soră în statul muncitorilor și țăranilor. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 11, p. 332—333 (în limba germană).
164. SCHRODEL G. — Asistența sanitară și democrația. *Das dtsch. Geshw.*, 1956 nr. 33, p. 1 119 (în limba germană).
165. SCHUMANN E. — Raportul asupra cursului de perfecționare pentru asistentele de radiologie ținut la Halle. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 6, p. 186 (în limba germană).
166. SCHWARTZLOSE R. — Despre începutul și sfîrșitul incapacității de muncă. *Das deutsche Geshw.*, 1956, nr. 20, p. 672 (în limba germană).
167. „Secretele vieții", o expoziție a Muzeului german de igienă, Dresda. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 11, p. 318—319 (în limba germană).
168. SEMOVSCHIH I. N. — Deservirea medicală a noilor centre de locuit în pămînturile desțelenite. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 27—29 (în limba rusă).
169. Servicii sanitare pentru copiii de vîrstă școlară. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 9, p. 917—922 (în limba engleză).

170. Serviciul național al medicilor în Belgia. *Semaine médicale*, 1956, nr. 43, p. 1 333—1 335 (în limba franceză).
171. Serviciul de sănătate publică anunță un nou program pentru prevenirea accidentelor. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 10, p. 1 032 (în limba engleză).
172. SHROYOCK RICHARD HARRISON — Dezvoltarea medicinei moderne. O interpretare a factorilor sociali și științifici interesați. Londra, Victor Gollancz, 1948, 384 p. (în limba engleză).
173. SIVABEV N. A. — Organizator sanitarnogo prosveșcenia (Organizatorul de educație sanitară) (Kratkoe posobie) Pod. redacției V. S. Erșova. Moskva, Medghiz, 1956, p. 102.
174. SIROTKINA M. G. — Pentru îmbunătățirea continuă a calității pregătirii medicilor. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 7, p. 69 (în limba rusă).
175. SKRQBKOVA E. — Metodika prace ve venkovskem zdravotním obvodu. Metoda de lucru în circumscripția sanitară rurală S.Z.N., 1956, 58 p. + 2 f. grafice (Ministerstva zdravotniktvi).
176. SLIKOV A. G. — Profilaxia în mediul rural. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 21—23 (în limba rusă).
177. SMITH LUCILLE — Semnificația socială a maladiei cronice. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 9, p. 896—903 (în limba engleză).
178. SOLON JERRY și BANEY ANNA MAE — Paturi în spitale generale și cămine de îngrijire în zonele urbane și rurale. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 10, p. 985—992 (în limba engleză).
179. Spitalul unificat („Experiența Ministerului Sănătății din R.P.R., privind asistența medicală a populației prin spitalul unificat"). Referat prezentat de dr. V. Marinescu. *Muncitorul Sanitar*, 1956, nr. 44, din 27 octombrie, p. 1.
180. STEVENIN H. — Factorii biologici medicali și sociali ai mortalității și longevității. (Medicina de asigurări pe viață.) Masson, 1951, 510 p., 47 fig. (în limba franceză).
181. SUTU ANGELA — Sarcinile și organizarea unui serviciu de neuropsihiatrie infantilă. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 46, din 10 noiembrie, p. 2.
182. SVIATUHIN V. M. — Sarcinile științei medicale în timpul celui de-al VI-lea cincinal. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 3 (în limba rusă).
183. TATURINȚEV N. M. — Rezultatele specializării medicilor din circumscripțiile rurale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 42 (în limba rusă).
184. TAUSCH F. — Învățătura lui Pavlov și consecințele ei pentru administrarea unui spital. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 9, p. 280 (în limba germană).
185. TEODORESCU N. și MARINESCU GH. — Experiența noastră în organizarea punctelor farmaceutice. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 49, din 1 decembrie, p. 1.
186. TIMM E. S. și SOSNOVSKI S. I. — Măsurile de scădere a morbidității însoțite de pierderea temporară a capacității de muncă în fabricile de purificare a bumbacului. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 3, p. 27 (în limba rusă).
187. TKACIUK B. T. — Organizarea deservirii medicale a copiilor în localitățile rurale. *Sov. zdravoohranenie* 1956, nr. 5, anexă, p. 15—16 (în limba rusă).
188. TURNER L. EDWARD — Probleme vechi și cerințe noi în învățământul medical. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 162, nr. 6, p. 554—558 (în limba engleză).
189. TYIHOMIROVA L. I. — Practica îngrijirii sanitare a muncitorilor din industrie în Uniunea Sovietică. *Népegészségügy*, 1956, nr. 6, p. 141 (în limba maghiară).
190. Uriașul avînt al ocrotirii sănătății în U.R.S.S. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 45, din 3 noiembrie, p. 2.
191. USATOVA M. F. — Deservirea medicală a muncitorilor întreprinderilor industriale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, anexă, p. 9—10 (în limba rusă).
192. VACLAV VOKAC — Dezvoltarea clinicilor și a institutelor de ortopedie în Cehoslovacia în ultimii zece ani. *Ortopedia*, 1956, nr. 2, p. 183—187.
193. VAGO OCTAVIAN și ELIAS PAUL — Camera de igienă a femeii din întreprinderi. *Munca Sanitară*, 1956, nr. 4, p. 314—317.
194. VAINER L. S. ș. a. — Examenele de masă ca mijloc de depistare a cazurilor de tuberculoză în sînul populației rurale. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 41 (în limba rusă).
195. VASILESCU L. — Rolul surorii de ocrotire în depistarea biologică a tuberculozei. *Munca sanitară*, 1956, nr. 4, p. 367—369.
196. VITULLO C. — Primul centru periferic de igienă și sănătate din Roma. *Noti-*

ziario dell'amministrazione sanitaria, 1956, nr. 6, p. 402—407 (în limba italiană).
197. VETERE — Experiența și caracteristicile conferinței a III-a internațională de educație sanitară a populației. *Notiziario dell'amministrazione sanitaria*, 1956, nr. 6, p. 402—407 (în limba italiană).
198. WALLACE M. HELLEN, LOSTY M. A., SIFFERT R. S., TOBIS J. S. LENDING M. — Analiza unui program de consultații în spital. *Public Health Reports*, Washington, 1956, nr. 10, p. 167—173 (în limba engleză).
199. WEITBRECHT W. — Formarea cadrelor pentru îngrijirea bolnavilor, o problemă internațională. *Die Heilberufe*, 1956, nr. 9, p. 279 (în limba germană).
200. DE WILDE K. — Considerații asupra deontologiei la (vizita medicală) de la angajarea (muncitorilor), *Archives belges de médecine sociale*, 1956, nr. 4, p. 188-193 (în limba franceză).
201. WILLIAMS L. G. și ACKER S. MURRAY — Statistica programelor de asistență medicală și spitalicească. *American J. Public Health*, 1956, nr. 9, p. 1 121—1 129 (în limba engleză).
202. ZELEZINSKAIA G. M. — Experiența muncii cabinetului organizatoric-metodologic. *Sov. zdravoohranenie*. 1956, nr. 5, anexă, p. 17—19 (în limba rusă).

Legislația sanitară

203. Instrucțiuni nr. 90 908/4.IV.1956, privind funcționarea internistului principal de regiune. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 5, p. 11—14.
204. Ordin nr. 558 din 17.V.1956, privind repartizarea locurilor în preventoriile antituberculoase. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 9, p. 37—39.
205. Ministerul Sănătății. Regulamentul dispensarelor antituberculoase nr. 86 509/6.VII.1956. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 12, p. 3—26.
206. Ministerul Sănătății. Instrucțiuni nr. 95 830 din 6.VII.1956, cu privire la organizarea și funcționarea preventoriilor antituberculoase de copii. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 9, p. 3—36.
207. Ministerul Sănătății. Instrucțiuni nr. 95 889/16.VIII.1956 pentru organizarea și funcționarea casei copilului. *Buletinul Ministerului Sănătății*, 1956, nr. 10—11, p. 3—67.
208. Instrucțiuni pentru introducerea metodei dispensarizării în policlinicile de stat și de întreprindere din 4.VIII.1956. *Das dtsch. Geshw.*, 1956, nr. 46, p. 1 579—1 508.
209. BRAZILIA — Administrația sănătății publice. *Recueil internat. Législation sanitaire*, 1956, nr. 2, p. 220—225 (în limba franceză).
210. MEXIC — Spitale. *Recueil International de législation sanitaire*, 1956, nr. 2. p. 310—323 (în limba franceză).
211. GIROND JACK — Problema maladiilor mentale în fața noii legislații de Securitate socială. *Semaine médicale*, 1956, nr. 38, p. 1 164—1 168 (în limba franceză).
212. LINSER K. — Observații fundamentale asupra unei ordonanțe noi pentru combaterea bolilor. *Das Dtsch. Geshw.*, 1956, nr. 29, p. 969 (în limba germană).
213. Raport asupra programelor de vaccinări cu B.C.G., efectuate între 1951—1954 cu ajutorul O.M.S. și E.I.S.E. (Redactat de Erik Iversen). *Semaine médicale*, 1956, nr. 31, 32, p. 983—987 (în limba franceză).
214. Comisia de experți pentru formarea profesională și tehnică a personalului medical și auxiliar. Cel de al 3-lea raport. Geneva, O.M.S., 1956, p. 21 (în limba franceză).
215. Comitetul de experți pentru problemele trahomului. Al doilea raport. Geneva, O.M.S., 1956, 23 p. (în limba franceză).
216. Documente fundamentale O.M.S. Ed. a 7-a, cuprinzînd amendamentele adoptate de a 8-a Adunare mondială a sănătății (mai 1955) și de Cons. executiv la a 17-a sesiune (ianuarie 1956), Geneva, 1956, 175 p. (în limba franceză).
217. Constituția O.M.S. *Documents fondamentaux*. O.M.S., Geneva, 1956, p. 3—21 (în limba franceză).
218. Drepturile și obligațiile membrilor asociați și ai celorlalte teritorii (în organizațiile regionale) *Documents fondamentaux* (O.M.S.), Geneva, 1956, p. 23—24 (în limba franceză).

219. Acordul între O.N.U. şi O.M.S. *Documents fondamentaux* (O.M.S.), Geneva, 1956, p. 43—52 (în limba franceză).
220. Acord între Organizaţia internaţională a muncii şi O.M.S. *Documents fondamentaux* (O.M.S.), Geneva, 1956, p. 53—56 (în limba franceză).
221. Acord între Organizaţia pentru alimentaţie şi agricultură şi O.M.S. *Documents fondamentaux* (O.M.S.), Geneva, 1956, p. 57—60 (în limba franceză).
222. Acord între U.N.E.S.C.O. şi O.M.S. *Documents fondamentaux* (O.M.S.), Geneva, 1956, p. 61—65 (în limba franceză).
223. Regulamentul financiar al O.M.S. *Documents fondamentaux*, O.M.S., Geneva, 1956, p. 70—79 (în limba franceză).
224. Statutul personalului O.M.S. *Documents fondamentaux*, Geneva, 1956, p. 80—85 (în limba franceză).
225. Regulament aplicabil tabelelor şi comitetelor de experţi O.M.S. *Documents fondamentaux*, O.M.S., Geneva, 1956, p. 86—95 (în limba franceză).
226. Regulament interior al Adunării mondiale a sănătăţii. *Documents fondamentaux* (O.M.S.), Geneva, 1956, p. 96—121 (în limba franceză).
227. Regulamentul interior al Consiliului executiv al O.M.S. *Documents fondamentaux* (O.M.S.), Geneva, 1956, p. 122—133 (în limba franceză).
228. Raportul Comisiei de experţi pentru aplicarea convenţiilor şi recomandărilor. Conferinţa internaţională a muncii, Geneva B.I.T., 1956, 156 p. (în limba franceză).

Istoria medicinei

229. BACIU CLEMENT — Contribuţia lui V. Babeş la studiul afecţiunilor aparatului locomotor. *Ortopedia*, 1956, nr. 1, p. 14—20.
230. BARBU G. — The activity in India of. I. M. Hönnigberger — a „physician" of Roumania. Bucharest, Editura medicală, 1957 (sic !), 19 p. cu ilustr.
231. BERINDEI DAN — Despre relaţiile dintre Carol Davila şi Mihail Kogălniceanu. *Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 275—280.
232. BÎRSAN ST. şi BĂILEANU GH. — Două secole de activitate (ale Spitalului „Sf. Spiridon"-Iaşi), *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 49, din 1 decembrie, p. 1.
233. BOLOGA V. — Congresul internaţional de istoria medicinei de la Madrid. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 45, din 3 noiembrie, p. 4.
234. BRĂTESCU GH. — Critica organizării sanitare din Romînia burghezo-moşierească în lucrările lui Şt. Stîncă. *Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 271—275.
235. BUNIN K. V. — Lucrările lui Louis Pasteur în domeniul vaccinării antirabice — exemplu măreţ de unitate a teoriei şi practicii în medicină. (La 75 de ani de la prima comunicare a lui Louis Pasteur despre lucrările sale în domeniul turbării.) *J.M.E.I.*, 1956, nr. 6, p. 89 (în limba rusă).
236. BURGHELE TH. — Prof. dr. D. Bagdasar — 10 ani de la moartea sa. *Chirurgia*, 1956, nr. 4, p. 483—484.
237. CARL şi PETIT — (Misiunile Hoggar-Tibesti) Sahara orientală. Tehnici chirurgicale şi medicale la Ounias. *Aesculape*, 1956, iulie-septembrie, p. 3—63 (în limba franceză).
238. CIULEI ST. GH. — Societatea de medici şi naturalişti din Iaşi şi activitatea ştiinţifică a unor farmacişti în cadrul acestei societăţi. *Farmacia*, 1956, nr. 4, p. 336—340.
239. CONSTANTINESCU-IAŞI P. — Înscrierea lui Hristo Botev ca student al Facultăţii de medicină din Bucureşti. Studii istorice romîno-bulgare, 1956, p. 60—81.
240. CONSTANTINESCU-IAŞI P. — Profesori şi studenţi bulgari la Facultatea de medicină din Bucureşti, între anii 1856—1878. Studii istorice romîno-bulgare, 1956, p. 43—59.
241. CSEDO C. — Ferenc Nyulas, organizatorul farmaciei de-acum 150 de ani. *Farmacia*, 1956, nr. 4, p. 334—335.
242 DASCĂLU M. — O sărbătoare a medicinei romîneşti — bicentenarul Spitalului clinic nr. 1, din Iaşi. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 50, p. 1.
243. DAVÎDOVSKI I. V. — 100 de ani de la apariţia „Patologiei celulare" a lui R. Virchow. *Arch. patologhii*, 1956, nr. 5, p. 3 (în limba rusă).
244. DUMAKA N. S. — Despre medicina scitică. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 57—60 (în limba rusă).

245. FAZEKAS S. — 25 de ani în serviciul igienei şcolare. *Rev. Népegészségügy*, 1956, nr. 8, p. 199 (în limba maghiară).

246. Festivităţile centenarului Spitalului unificat de adulţi din Craiova. *Romînia Liberă*, 1956, nr. 3 793, p. 1.

247. GASPARIAN A. M. şi TKACIUK V. N. — Rolul lui S. P. Fedorov în dezvoltarea urologiei ruse (20 de ani de la moartea sa). *Urologhia*, 1956, ntr. 3, p. 3 (în limba rusă).

248. IACOBOVICI I., NASTA TR., PETROŞAN I., CHIRICUŢĂ I. — Prioritatea lui Toma Ionescu în stabilirea chirurgiei radicale a cancerului colului uterin. *Chirurgia*, 1956, nr. 4, p. 485—494.

249. Institutul „Dr. I. Cantacuzino" a împlinit 35 de ani de activitate. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 44, din 27 octombrie, p. 3.

250. IONESCU SISEŞTI C. — Institutul „Dr. I. Cantacuzino" în trecut şi în prezent. *Steagul roşu*, 1956, nr. 816, p. 2, din 16 noiembrie.

251. IONESCU STOIAN, MICU L. — Date despre învăţămîntul farmaceutic din Ardeal. *Farmacia*, 1956, nr. 4, p. 341—346.

252. Istoria medicinei (Materiale pentru cursul de istoria medicinei), vol. 1. I.M.F. Bucureşti, 1956, 360 p. (tradus din limba rusă).

253. IZSAC SAMUEL — Date privitoare la prima carte romînească de medicină, tipărită de un medic romîn. *Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.*, 1956, nr. 3, p. 280—284.

254. KOVALEV N. I., VERJBLOVSKI M. V. — Din istoricul organizării alimentaţiei publice raţionale în Rusia. Analele romîno-sovietice, *Ig. şi org. sanitară*, 1956, nr. 5, p. 107—110. *Voprosî pitania*, 1956, nr. 2.

255. KRAMCIANINIOV N. F. — Contribuţii la istoricul combaterii holerei în Rusia în anii 1829—1830. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 4, p. 46 (în limba rusă).

256. KVITNITKI-RIJOV I. N. — Activitatea lui N. A. Hrjonşcebski. *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 51—57 (în limba rusă).

257. LEŢAVEŢ A. A. şi HOTIANOV L. K. — V. A. Levitki, eminent igienist şi organizator al activităţii sanitare. *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 8, p. 7 (în limba rusă).

258. LOTOVA E. I. — Recenzie la lucrarea lui V. T. Selezniova „Schiţă asupra istoriei ocrotirii sănătăţii în Uralul dinaintea revoluţiei". *Sov. zdravoohranenie*, 1956, nr. 5, p. 63—64 (în limba rusă).

259. MAGHILNIŢKI S. G. — Prima trusă de lentile „oculare". *Vestnik oft.*, 1956, nr. 4, p. 43 (în limba rusă).

260. MIDDLETON S. WILLIAM — Istoria naturală a maladiei. Prelegere în memoria lui Frank Billing. *J.A.M.A.*, 1956, vol. 162, nr. 6, p. 568—572 (în limba engleză).

261. MIHAIL M. — Tradiţia legăturilor medicale romîno-ruse şi 200 de ani de la înfiinţarea Spitalului „Sf. Spiridon". *U.R.S.S. — azi*, 1956, nr. 11, p. 7.

262. PAP T. — Substanţe şi forme farmaceutice utilizate în secolul al XVI-lea. *Farmacia*, 1956, nr. 4, p. 323—330.

263. PAPP C. — Plante medicinale indigene întrebuinţate în vechile noastre farmacii *Farmacia*, 1956, nr. 4, p. 331—333.

264. PEDERSEN OLAF — Nicolai Oresmus şi sistemul său de filozofia naturii. Munksgaard, Copenhaga, 1956, 290 p. + 2 f. ilustr. (în limba daneză).

265. * * * — Academicianul Alexandru Rădulescu cu ocazia împlinirii a 70 de ani de viaţă. *Ortopedia*, 1956, nr. 2, p. 99—100.

266. RUBAKIN A. N. — Pierre Curie şi descoperirea radiului. Comemorarea a 50 de ani de la moarte. *Vestnik akad. med. nauk S.S.S.R.*, 1956, nr. 4, p. 53 (în limba rusă).

267. * * * — Sărbătorirea centenarului Spitalului unificat de adulţi din Craiova (Spitalul Filantropia — 100 de ani de la înfiinţare). *Romînia liberă*, 1956, nr. 3 790, din 14 decembrie, p. 2.

268. * * * — 60 de ani de la naşterea lui Fedor Grigorievici Krotkov. Analele ro-

mino-sovietice. Ig. şi org. sanitară, 1956, nr. 5, p. 105—106. *Ghighiena i sanitaria*, 1956, nr. 3.

269. SOLOMON I. — Istoricul aprovizionării cu apă potabilă a oraşului Bucureşti. *Igiena*, 1956, nr. 4, p. 69—79.

270. VESELOVSKI ŞTEFAN — Contribuţii la istoricul dezvoltării urologiei în Polonia. *Urologhia*, 1956, nr. 3, p. 53 (în limba rusă).

271. SZPILEGYNSKI STANISLAW — Din istoricul prejudecăţilor şi superstiţiilor în medicină. Varşovia, *PZWL*, 1956, 63 p. (în limba polonă).

272. * * * — Profesorul Alexandru Ţupa (necrolog), 1886—1956. *Microbiologie, parazitologie, epidemiologie*, 1956, nr. 1, p. 3—4.

273. Un pionier al medicinei ruse. 75 de ani de la moartea lui N. I. Pirogov. *Muncitorul sanitar*, 1956, nr. 47, din 17 noiembrie, p. 4.

274. ZBAŅŢEVA V. A. — Din istoria tratamentului chirurgical al tuberculozei osteoarticulare în Rusia. *Ortop. travmat. protez.*, 1956, nr. 3, p. 59.

RECTIFICARE

la Revista „OCROTIREA SĂNĂTĂŢII" Nr. 2/1957

Pag.	*In loc de*	*Se va citi*
8 (sub titlu)	Institutul de Organizare	Centrul de Organizare
23 (legenda fig. 3)	1054	1954

În atenția autorilor

În vederea îmbunătățirii muncii redacționale, pentru a se putea tipări revista la timp și în condiții tehnice cît mai bune, se recomandă autorilor ca la întocmirea articolelor să țină seama de următoarele indicații:

1. Articolele vor fi scrise la mașină pe o singură față, la două rînduri, cu o margine lată de 4 cm în stînga textului. Articolele se vor trimite în dublu exemplar, din care unul va fi în mod obligatoriu originalul, și vor fi scrise cu noua ortografie a R.P.R. Nu se admit articole scrise pe foiță sau avînd ștersături ori modificări în text. Articolele se trimit la adresa: Societatea științelor medicale, str. Progresului nr. 8, Raionul „Gheorghe Gheorghiu-Dej", București.

Pe prima pagină se vor menționa:

a) titlul articolului;

b) prenumele și numele autorului;

c) denumirea instituției în care s-a făcut lucrarea;

d) dacă lucrarea a fost comunicată la S.S.M. se vor menționa filiala, secția și data comunicării.

2) Articolele vor purta în mod obligatoriu semnătura autorului (la sfîrșit, scrisă citeț) și adresa lui exactă, pentru a se putea trimite eventualele observații, precum și retribuția corespunzătoare.

3. Articolele nu vor depăși:

a) 4 pagini dactilografiate pentru recenzii, cronici, dări de seamă, note;

b) 6 pagini dactilografiate pentru probleme de tehnică și inovații;

c) 8 pagini dactilografiate pentru probleme de organizare, schimb de experiență;

d) 10 pagini dactilografiate pentru lucrări originale, cercetări experimentale;

e) 18 pagini dactilografiate pentru referate generale;

f) 4 pagini dactilografiate pentru fapte clinice.

4. Expunerea trebuie să fie clară și concisă, fără cuvinte și fraze inutile.

Se recomandă autorilor următorul plan: definiție și delimitarea subiectului, expunerea tehnicilor și a rezultatelor; discuții; concluzii și rezumate; *referințe bibliografice.*

Se recomandă utilizarea cifrelor relative (procentuale) și nu a celor absolute.

5. Articolele trebuie minuțios controlate de către autori, întrucît corectura nu se trimite autorului. Se vor verifica:

a) cifrele totalurilor și procentele; se va controla dacă cifrele cuprinse în tabele corespund cu cele din text;

b) se vor da indicații cu privire la titluri și subtitluri;

c) expunerea cazurilor clinice, descrierea unei tehnici și în general părțile care nu sînt esențiale pentru argumentația lucrării vor fi însemnate pe marginea stîngă cu o linie verticală și cu mențiunea „literă mică";

d) tabelele vor fi numerotate cu cifre romane;

e) fotografiile, desenele, schițele, diagramele vor fi însemnate cu cifre arabe;

f) microfotografiile și desenele după microscop vor trebui să fie însoțite de indicația măririi;

g) se va arăta care desene, grafice, schițe etc. pot fi micșorate;

h) radiografiile vor fi însoțite de o schemă explicativă;

i) în cuprinsul textului se va menționa precis locul unde trebuie introdus tabelul sau desenul.

6. Tot materialul grafic (fotografii, desene, schițe, diagrame) trebuie să fie cît

mai redus, limitîndu-se la strictul necesar. Fotografiile vor fi de contrast, desenele precis executate, iar schițele și diagramele făcute în tuș. Nu se primesc schițe sau desene colorate.

Pe versoul desenului sau fotografiei se scriu: titlul articolului, numele autorului, numărul de ordine, precum și mențiunea „sus" și „jos".

Materialele grafice vor fi însoțite de legendele figurilor respective, precum și de un borderou separat cuprinzînd toate legendele figurilor, semnat, în care se vor indica numerele și locul lor în manuscris. Materialul grafic și borderoul se pun într-un plic pe care se notează titlul articolului și numele autorului și se anexează la manuscris.

Figurile fără legendă sau fără indicații în text nu vor fi publicate.

7. Articolele originale vor fi însoțite de un rezumat care să nu depășească 10 rînduri dactilografiate; nu se vor publica rezumate mai mari. — Aceste rezumate urmează să fie traduse în limbile: engleză, franceză, germană și rusă.

8. Bibliografia va fi dată în ordine alfabetică și va cuprinde: — pentru cărți: autorul, titlul în limba originală (cu caractere latine), ediția, anul, editura;

— pentru reviste:

a) numele autorului (numele, apoi pronumele sau inițiala);

b) titlul academic al autorului, dacă e menționat în articol (academician, profesor);

c) numele revistei, subliniat (în limba originală; în cazul celor sovietice, în transcriere fonetică);

d) luna (facultativ);

e) anul editării;

f) volumul;

g) numărul revistei;

h) pagina unde se găsește articolul.

Prescurtările titlurilor revistelor se vor face conform uzanțelor internaționale.

In bibliografie se vor include numai acele lucrări care se găsesc menționate în articol.

9. Nu se admit prescurtările în text, în afară de cele de uzanță internațională.

10. Nu se acceptă lucrări care au mai fost tipărite sau trimise spre publicare altor reviste.

11. Pentru referatele din literatura străină se cer următoarele condiții:

a) să intereseze un număr cît mai mare de cititori;

b) să fi fost publicate într-o revistă care a apărut recent;

c) să fie prezentate în modul următor:

α) titlul articolului referat în limba romînă;

β) autorul;

γ) titlul revistei în limba de origine (în cazul revistelor sovietice, în transcriere fonetică), numărul revistei, anul, luna, pagina;

δ) referarea articolului respectiv în 15—45 de rînduri;

ε) numele și pronumele (inițială) ale referentului (fără nici un titlu).

12. Articolele neacceptate pentru publicare nu se restituie autorului.

13. Redacția va răspunde în timp util autorilor despre acceptarea sau neacceptarea articolului, ori eventual despre necesitatea modificărilor lui.

EDITURA MEDICALĂ,
Str. Aristide Briand 7
Raionul „I. V. Stalin"

Societatea științelor medicale,
Str. Progresului nr. 8
Raionul „Gh. Gheorghiu-Dej"

Grandgos Mihaela
Kolumbia
TALLINNA

14

ÎN EDITURA MEDICALĂ AU APĂRUT

CHIRURGIA PANCREASULUI	Conf. **I. Juvara**, dr. **I. Fux**, dr. **Al. Prişcu**
134 pag.	lei 23,20
TERAPIE GENERALĂ DERMATO-VENEROLOGICĂ	Prof. **Şt. Teodorescu** şi dr. **A. Conu**
349 pag.	lei 16,90
CHIRURGIA RECTULUI	Conf. **F. Mandache**, dr. **I. Chiricuţă**
424 pag.	lei 47
MORFOPATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS .	Colectiv — sub redacţia prof. dr. **I. T. Niculescu**
787 pag.	lei 102
OCROTIREA SĂNĂTĂŢII MUNCITORILOR DIN ÎNTREPRINDERI	Dr. **Gheorghiu Dumitru**, dr. **Silviu Rapoţescu**, dr. **Iuliu Trandafirescu**
480 pag.	lei 31,40
MIOCARDUL	Dr. **Iuliu Popescu** şi dr. **Viorica Enescu**
437 pag.	lei 21
ORTOPEDIA CHIRURGICALĂ, vol. II . . .	Acad. dr. **Al. Rădulescu**
530 pag.	lei 50
ANESTEZIA PRIN INHALAŢII	Dr. **Z. Filipescu**, dr. **L. Bejan**
340 pag.	lei 14,25
O BĂTĂLIE GREA SORTITĂ IZBÎNZII, COMBATEREA TUBERCULOZEI	**Centrul de educaţie sanitară**
80 pag.	lei 1,50
ASPECTE CLINICE ŞI TERAPEUTICE ÎN TUBERCULOZA INFANTILĂ	Dr. **I. Lupaşcu**, dr. **M. Bungeţianu**
440 pag.	lei 12,50
ANESTEZII LOCALE ŞI ANALGEZII TERAPEUTICE	Dr. **Gh. Băjeu**
432 pag.	lei 23
FIZIOTERAPIE	**Colectiv**
564 pag.	lei 44
PROBLEME DE PSIHIATRIE	Dr. **Constanţa Parhon-Ştefănescu**
460 pag.	lei 31

ÎN CURÎND VOR APĂREA

URGENŢELE ÎN PEDIATRIE	Prof. dr. **A. Rusescu**
MEDICINA INTERNĂ, vol. IV	Colectiv — sub redacţia acad. prof. dr. **N. Gh. Lupu**
IZOTOPII RADIOACTIVI ÎN MEDICINĂ ŞI BIOLOGIE	**I. I. Ivanov, V. K. Modestov, I. M. Stukenberg, E. F. Romanţev, E. I. Vorobiev**
METODE MATEMATICE ÎN CERCETAREA MEDICO-BIOLOGICĂ	Dr. **Victor Sihleanu**
TRATAMENTUL HORMONAL ÎN GINECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ	Dr. **O. Vago** şi conf. dr. **H. Elias**
CHIRURGIA ESOFAGULUI	Dr. **Dan Gavriliu**
TEHNICA CHIRURGICALĂ GINECOLOGICĂ.	Dr. **P. Sîrbu** şi colectiv
TERAPIA UZUALĂ ÎN PEDIATRIE . . .	Prof. **N. Cajal**

In anul 1957 apar în *Editura Medicală* următoarele reviste :

Nr. crt.	Denumirea publicației	Nr. apar.	Preț de abonament			Preț pe exemplar
			3 luni	6 luni	12 luni	
1	Viața medicală	12	21,—	42,—	84,—	7,—
2	Medicina internă	12	27,—	54,—	108,—	9,—
3	Ocrotirea sănătății în R.P.R.	4	—	8,—	16,—	4,—
4	Igiena	4	—	10,—	20,—	5,—
5	Chirurgia	6	—	24,—	48,—	8,—
6	Ftiziologia	6	—	24,—	48,—	8,—
7	Pediatria	6	—	21,—	42,—	7,—
8	Obstetrica și ginecologia	6	—	24,—	48,—	8,—
9	Farmacia	6	—	21,—	42,—	7,—
10	Fiziologia normală și patologică	6	—	36,—	72,—	12,—
11	Stomatologia	4	—	16,—	32,—	8,—
12	Munca sanitară	4	—	5,—	10,—	2,50
13	Microbiologia, parazitologia și epidemiologia	6	—	15,—	30,—	5,—
14	Dermato-venerologia	6	—	30,—	60,—	10,—
15	Neurologia, psihiatria și neurochirurgia	6	—	36,—	72,—	12,—
16	Radiologia	4	—	28,—	56,—	14,—
17	Oto-rino-laringologia	4	—	20,—	40,—	10,—
18	Oftalmologia	4	—	20,—	40,—	10,—
19	Morfologia normală și patologică	4	—	24,—	48,—	12,—
20	Balneologia	4	—	20,—	40,—	10,—
21	Endocrinologia	4	—	20,—	40,—	10,—
22	Spitalul	4	—	16,—	32,—	8,—
23	Ortopedia	4	—	20,—	40,—	10,—

Pentru a vă asigura întreaga colecție a revistelor care vă interesează, abonați-vă din timp.

Abonamentele se fac prin oficiile poștale, factorii poștali, precum și prin difuzorii voluntari din institute, centre și unități sanitare. Orice reclamație pentru neprimirea la timp a publicațiilor se adresează *Ministerului Transporturilor și Telecomunicațiilor, Direcția centrală a difuzării și expedierii presei,* Calea Victoriei nr. **12**, București.

Lei 4

I. P. 2, c. 909